

# **RIGLYNE AAN OPVOEDKUNDIGE SIELKUNDIGES VIR DIE HANTERING VAN DIE HOMOSEKSUELE KLIËNT**

**deur**

**ALFREDA CATHARINA MEYER**

**voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad**

**MAGISTER EDUCATIONIS**

**met spesialisering in Voorligting**

**aan die**

**UNIVERSITEIT VAN SUID-AFRIKA**

**STUDIELEIER: DR. I. STRYDOM**

**JUNIE 2003**

# VERKLARING

Studentenommer: 0389-659-5

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat

“Riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die  
homoseksuele kliënt”

my eie werk is en dat ek alle bronne wat ek gebruik of aangehaal het, deur middel  
van volledige verwysings erken het.

.....  
Alfreda Meyer

.....  
DATUM

*One reason I undertook this study was that I perceived an enormous gap between the people I knew and the generally dismissal impression many people have of the gay and lesbian individual and the ravages of heterosexism and homophobia. Gays and lesbians I was meeting in my own life were some of the most interesting, talented, strongest people I had ever had the privilege to know. Who was writing about them, about their strengths and their creativity? What gave them such resilience in a world that finds homosexuality deviant and even disgusting? (Laird 1996:112).*

## **DANKBETUIGINGS**

Graag wil ek my dank aan die volgende persone betuig:

- My studieleier, dr. Irene Strydom, vir haar aanmoediging dat ek dié studie moet onderneem, haar besielende, bekwame leiding, sowel as haar volgehoue bemoeienis met my as mens;
- My ouers, Grethie, Retha en Gert vir hul liefde, onderskraging en aanmoediging;
- Al die homoseksuele mense wat my genoegsaam vertrou het om my 'n kykie in hul binneste te gee; en
- Soveel dierbare vriende vir hul volgehoue ondersteuning en bemoediging.

Aan God die eer

# **OPSOMMING**

## **RIGLYNE AAN OPVOEDKUNDIGE SIELKUNDIGES VIR DIE HANTERING VAN DIE HOMOSEKSUELE KLIËNT**

**Deur:** Alfreda Meyer

**Graad:** Magister Educationis met Spesialisering in Voorligting

**Departement:** Opvoedkundestudies

**Universiteit:** Universiteit van Suid-Afrika

**Studieleier:** Dr. I. Strydom

Dit is sorgwekkend dat sielkundiges se opleiding ten opsigte van homoseksualiteit in baie gevalle ontoereikend is. Teen hierdie agtergrond poog dié studie om aan die hand van literatuurstudie en empiriese navorsing riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele kliënt daar te stel. Binne die Opvoedkundige Sielkunde berus 'n persoon se selfaktualisering op drie pilare, naamlik beleving, betekenisgewing en betrokkenheid. Die uitgangspunt van die kwalitatiewe navorsing (fokusgroeponderhoude) was homoseksuele persone se belewenisse van sielkundiges – die ondersoek is dus vanuit 'n Opvoedkundige Sielkunde-oogpunt benader. Altesaam 75% van die fokusgroepprespondente se belewenisse van sielkundiges was negatief. Die moontlikheid bestaan dat gebrekkige opleiding aanleiding kan gee tot gebrekkige kennis en insig, wat weer moontlik kan aanleiding gee tot die homoseksuele persoon se negatiewe belewenis van sielkundiges. Dit is dus gebiedend noodsaaklik dat die opleidingsaspek van sielkundiges ten opsigte van homoseksuele persone aandag sal geniet.

## **SLEUTELWOORDE**

- Homoseksualiteit
- Die homoseksuele kliënt
- Die homoseksuele persoon se belewenis van sielkundiges
- Die opleiding van sielkundiges ten opsigte van homoseksualiteit
- Riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele kliënt

# **SUMMARY**

## **GUIDELINES TO EDUCATIONAL PSYCHOLOGISTS ON WORKING WITH THE HOMOSEXUAL CLIENT**

**By:** Alfreda Meyer

**Degree:** Master of Education – with Specialisation in Guidance and Counselling

**Department:** Educational Studies

**University:** University of South Africa

**Supervisor:** Dr. I. Strydom

It is alarming that psychologists are in many cases insufficiently trained with regard to homosexuality. Against this background and on the basis of a literature study and empirical research, this study aims to provide guidelines to educational psychologists on working with homosexual clients. Within the Educational Psychology, a person's self actualisation rests on three pillars, namely experience, meaning assignation and involvement. The premise of the qualitative research (focus group interviews) used in this study is homosexual persons' experience of psychologists – the investigation was therefore approached from an Educational Psychology viewpoint. Altogether 75% of the focus group respondents' experience of psychologists was negative. The possibility exists that insufficient training may cause insufficient knowledge and insight, which in turn may lead to homosexual persons' negative experiences of psychologists. It is therefore imperative that the aspect of training of psychologists with regard to homosexuality will receive attention.

## **KEYWORDS**

- Homosexuality
- The homosexual client
- The homosexual person's experience of psychologists
- The training of psychologists with regard to homosexuality
- Guidelines to educational psychologists on working with homosexual clients



# INHOUDSOPGAWE

<b><u>HOOFSTUK 1</u></b>	<b>1</b>
<b><u>INLEIDENDE ORIËNTERING</u></b>	<b>1</b>
<u>1.1 AGTERGROND</u>	1
<u>1.2 ONTLEDING VAN DIE PROBLEEM</u>	3
<u>1.2.1 Bewuswording van die probleem</u>	3
<u>1.2.2 Verkenning van die probleem</u>	3
<u>1.3 PROBLEEMSTELLING</u>	6
<u>1.4 DOELSTELLING</u>	6
<u>1.4.1 Algemene doelstelling</u>	6
<u>1.4.2 Spesifieke doelstelling</u>	7
<u>1.5 NAVORSINGSMETODE</u>	7
<u>1.6 AFBAKENING VAN DIE TERREIN</u>	7
<u>1.6.1 Literatuurstudie</u>	7
<u>1.6.2 Empiriese ondersoek</u>	8
<u>1.7 BEGRIPSVERKLARING</u>	9
<u>1.8 NAVORSINGSPROGRAM</u>	11
<u>1.9 SAMEVATTING</u>	11
<b><u>HOOFSTUK 2</u></b>	<b>13</b>
<b><u>HOMOSEKSUALITEIT</u></b>	<b>13</b>
<u>2.1 INLEIDING</u>	13
<u>2.2 DIE OMVANG EN AARD VAN HOMOSEKSUALITEIT</u>	14
<u>2.3 BEGRIPSVERHELDERING: HOMOFOBIE EN HETEROSEKSISME</u>	15
<u>2.4 PROBLEME WAT DIE HOMOSEKSUELE IN DIE HOMOFOBIESE, HETEROSEKSISTIESE OMWÊRELD ERVAAR</u>	16
<u>2.5 BEHOEFTE VAN DIE HOMOSEKSUELE PERSOON</u>	20
<u>2.6 REDES WAAROM HOMOSEKSUELE PERSONE SIELKUNDIGES BESOEK</u>	21
<u>2.7 RIGLYNE AAN OPVOEDKUNDIGE SIELKUNDIGES SOOS VERKRY UIT DIE LITERATUURSTUDIE</u>	23
<u>2.7.1 Inleiding</u>	23

2.7.2	<a href="#">Selfondersoek</a>	24
2.7.3	<a href="#">Inwin van inligting</a>	26
2.7.4	<a href="#">Aanvaarding, empatie en respek</a>	28
2.7.5	<a href="#">Seksuele oriëntasie en konversieterapie</a>	29
2.7.6	<a href="#">Bekendmaking van homoseksuele terapeut se seksuele oriëntasie</a>	30
2.7.7	<a href="#">Verkieslik 'n homoseksuele terapeut</a>	31
2.7.8	<a href="#">Balans ten opsigte van seksuele oriëntasie</a>	32
2.7.9	<a href="#">Korrekte siening van homoseksuele verhoudings</a>	33
2.8	<a href="#">OPLEIDING</a>	34
2.9	<a href="#">TEN SLOTTE</a>	37
2.10	<a href="#">SAMEVATTING</a>	38
	<b>HOOFSTUK 3</b>	<b>39</b>
	<b><a href="#">NAVORSINGSONTWERP EN BEVINDINGS</a></b>	<b>39</b>
3.1	<a href="#">INLEIDING</a>	39
3.2	<a href="#">NAVORSINGSPROBLEEM</a>	40
3.3	<a href="#">NAVORSINGSDOEL</a>	40
3.4	<a href="#">NAVORSINGSMETODE</a>	40
3.5	<a href="#">FOKUSGROEPONDERHOUD</a>	42
3.6	<a href="#">AANMELDINGSPROBLEEM</a>	46
3.7	<a href="#">DIE HOMOSEKSUELE PERSOON SE BELEWENIS VAN SIELKUNDIGES</a>	49
3.7.1	<a href="#">Negatiewe belewenisse</a>	50
3.7.1.1	<a href="#">Gebrek aan kennis en insig</a>	51
3.7.1.2	<a href="#">Redusering tot seksobjek</a>	52
3.7.1.3	<a href="#">Die beleving van afstand en 'n gebrek aan empatie</a>	53
3.7.1.4	<a href="#">Onvermoë om situasie te hanteer en vermyding van aangeleentheid</a>	54
3.7.1.5	<a href="#">Pogings om seksuele oriëntasie te verander</a>	54
3.7.1.6	<a href="#">Hantering van homoseksuele verhoudings</a>	55
3.7.1.7	<a href="#">Oorskryding van grense op seksuele gebied</a>	55
3.7.1.8	<a href="#">Toetsing</a>	56
3.7.1.9	<a href="#">Homoseksuele terapeut wat voorgee om heteroseksueel te wees</a>	57
3.7.2	<a href="#">Positiewe belewenisse</a>	60

3.8	<u>VOORKEUR VIR 'N HOMOSEKSUELE TERAPEUT</u>	67
3.9	<u>OPSOMMEND: RIGLYNE VIR OPVOEDKUNDIGE SIELKUNDI-GES</u> <u>SOOS VERKRY UIT EMPIRIESE ONDERSOEK</u>	70
3.10	<u>SAMEVATTING</u>	71
	<b>HOOFSTUK 4</b>	<b>73</b>
	<b><u>SAMEVATTING EN AANBEVELINGS</u></b>	<b>73</b>
4.1	<u>INLEIDING</u>	73
4.2	<u>LITERATUURSTUDIE: SAMEVATTING EN BEVINDINGS</u>	75
4.2.1	<u>Algemene inleidende opmerkings</u>	75
4.2.2	<u>Riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die</u> <u>homoseksuele kliënt vanuit die literatuurstudie</u>	76
4.2.3	<u>Opleiding</u>	79
4.3	<u>EMPIRIESE NAVORSING: SAMEVATTING EN BEVINDINGS</u>	81
4.3.1	<u>Inleidende opmerkings</u>	81
4.3.2	<u>Homoseksuele persone se belewenisse van sielkundiges</u>	82
4.3.2.1	<u>Negatiewe belewenisse</u>	82
4.3.2.2	<u>Positiewe belewenisse</u>	85
4.3.3	<u>Verkieslik homoseksuele terapeut</u>	85
4.3.4	<u>Samevattend</u>	85
4.3.5	<u>Opsommend: Riglyne aan opvoedkundige sielkundiges na</u> <u>aanleiding van die empiriese ondersoek</u>	86
4.4	<u>PROBLEME WAT TYDENS DIE NAVORSINGSPROSES</u> <u>ONDERVIND IS</u>	88
4.5	<u>OPSOMMEND EN AANBEVELINGS: LITERATUURSTUDIE EN EMPIRIESE</u> <u>ONDERSOEK</u>	88
4.6	<u>ONDERWERP WAT MOONTLIK VERDER NAGEVORS KAN WORD</u>	89
4.7	<u>SLOTOPMERKING</u>	89
	<b>BIBLIOGRAFIE</b>	<b>84</b>

# HOOFSTUK 1

## INLEIDENDE ORIËNTERING

### 1.1 AGTERGROND

*The box is locked, it is dangerous.*

*I have to live with it overnight*

*And I can't keep away from it.*

*There are no windows, so I can't see what is in there.*

*There is only a little grid, no exit.*

Plath (1966:63)

Homoseksualiteit. Binne die breë homofobiese heteroseksuele samelewing is dit vir menigeen 'n vloekwoord; die onbekende, weersinwekkende; iets waarmee hulle nie geassosieer wil wees nie.

Vir die homoseksuele persoon is sy/haar seksuele oriëntasie dikwels soos die boks waarna Sylvia Plath verwys – 'n albatros om die nek; iets waarmee hy/sy moet saamleef, maar feitlik nie kan nie. Dit voel soms asof vriende, familie en geliefdes nie met die inhoud van die boks sal kan saamleef nie. Daarom is die risiko om die inhoud daarvan bekend te maak, dikwels net te groot. Die homoseksuele persoon dra die las dus alleen. Hy/sy ken soms nie eens al die fasette van die inhoud van dié boks nie – daarvoor is dit net te bedreigend. Soms, waar die homoseksuele dit wel waag om die inhoud daarvan bekend te maak, moet hy/sy met die ergste verwerping denkbaar saamleef. Dit is die realiteit.

Die pyn, ellende en wanhoop van die homoseksuele persoon blyk duidelik uit die volgende gedeeltes: "At an early stage ... I was aware of my 'different' sexuality.

There were so many countless nights that I cried before the Lord to change me, to make me 'normal' so that I might be acceptable in his (or her) sight. I put myself through emotional torture" (Welman 1997:57); "I don't understand what is going on with me ... I want to kill myself. I'm scared of who I am. There is no one else like me. It's not normal to be gay" (Hersch 1991:38).

Ongeveer 10% van die wêreld se bevolking is bereid om in opnames te erken dat hulle homoseksueel is (Du Plessis 1999:5). Die insidensie daarvan is dus hoog. Weens die verwerping wat homoseksuele persone in 'n grootliks homofobiese samelewing beleef, is dit vanselfsprekend dat 'n groot persentasie van die homoseksuele deel van die samelewing potensiële kandidate is om in sielkundiges se spreekkamers te beland. 'n Aanduiding daarvan is die hoë selfmoordsyfer onder homoseksuele persone. In 'n vergelykende studie tussen homo- en heteroseksuele persone is byvoorbeeld gevind dat eersgenoemde 3,7 keer meer geneig sal wees tot selfmoord as laasgenoemde (Nicholas & Howard 1998:28). Ander syfers wat uit navorsing blyk, is ook onrusbarend. Volgens Rotherum-Borus, Hunter en Rosario (1994:504-505) is die insidensie van selfmoordpogings onder homo- en biseksuele seuns 39% teenoor 11-16% onder heteroseksuele seuns. Nicholas en Howard (1998:29) gee resultate van navorsing weer waaruit blyk dat die insidensie van selfmoordpogings onder homo- en biseksuele leerlinge tussen 20-40% is; ses en 'n half keer hoër as onder heteroseksuele leerlinge. Nog 'n onrusbarende feit is dat meer homoseksuele mans aan selfmoord sterf as aan vigs (Tempelhoff 2002:11). Farrow (1991:5) sien selfmoord onder homoseksuele as "a way to escape the anguish they feel."

Redes wat vir die hoë selfmoordsyfer aangegee word, is onder meer die intense gevoel van verlies wat baie homoseksuele persone ervaar (Hunter & Schaecher 1987:186), die feit dat homoseksuele persone in die algemeen minder lewensvreugde as heteroseksuele persone het en nie altyd graag wil leef nie (Nichols 1999:511) en dat hulle nie vrede kan maak met hul seksualiteit en alles wat daarmee gepaardgaan nie (Platzer 1997:227).

In die volgende afdeling word die probleem ontleed.

## **1.2 ONTLEDING VAN DIE PROBLEEM**

### **1.2.1 Bewuswording van die probleem**

Neerhalende opmerkings van medestudente ten opsigte van homoseksuele persone en uitsprake dat hulle glad nie met sodanige persone sal kan werk nie, sowel as homoseksuele persone se negatiewe beriggewing ná terapisessies by sielkundiges, het vroeë in die navorser se gemoed laat ontstaan oor die hantering van die homoseksuele persoon deur sielkundiges.

Literatuurstudie het bevestig dat daar rede tot kommer is. 'n Sprekende voorbeeld daarvan is die volgende woorde van McCann (2001:78): "For too long, lesbians, gays and their families have been offered counseling and therapeutic services which are, at best, ill equipped to meet their needs, and at worst abusive". Dit is 'n ernstige aanklag teen die sielkundeprofessie, aangesien nie bloot na ondoeltreffendheid verwys word nie, maar wel na skade wat aangerig word. McHenry en Johnson (1993:150) sluit hierby aan wanneer hulle daarop wys dat die homoseksuele persoon wat in vrees en selfhaat leef, dikwels die resultaat is van mishandeling ("mistreatment") deur die terapeut. Volgens hulle (McHenry & Johnson 1993:150) is die uitkoms van 'n werklik suksesvolle terapeutiese proses 'n homoseksuele persoon wat nie probeer om te konformeer ten opsigte van die heteroseksuele wêreld nie, maar sy/haar eie identiteit nastreef en vestig.

Bogenoemde aspekte het daartoe bygedra dat die volgende voorlopige vraag ten opsigte van dié navorsing geformuleer is: "Sal riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele kliënt daargestel kan word?"

### **1.2.2 Verkenning van die probleem**

Uit die literatuur wat geraadpleeg is, blyk dit duidelik dat heteroseksisme en homofobie hoogty vier, in die breë samelewing en ook wat baie sielkundiges betref:

“ ... heterosexism is alive and kicking ...” (McCann 2001:87); “ ... homophobia is alive and well ... ” (Saari 2001:645).

Wat die samelewing betref, is getuienis daarvan volop. Tozer en McClanahan (1999:723) dui byvoorbeeld aan dat homoseksuele persone deur die samelewing gesien word op 'n kontinuum tussen “tolerance and hard oppression.” Ginsberg (1998:10) sluit hierby aan wanneer sy sê dat, ten spyte van die feit dat homoseksualiteit amptelik reeds dekades lank nie meer as 'n “siekte” beskou word nie, homoseksuele persone deur die breë samelewing ten beste behandel word as siek, en ten slegste as “outright pariahs.” Volgens bogenoemde persone is daar dus nie eens sprake van 'n positiewe pool teenoor 'n negatiewe pool wat homoseksualiteit betref nie. Daar word slegs in grade van negatiwiteit na die homoseksuele persoon gekyk.

Wat die sielkundeberoep betref, blyk die heteroseksisme en homofobie reeds ten opsigte van die opleidingsaspek. Milton en Coyle (1999:53) wys byvoorbeeld daarop dat sekere opleidingsinstansies studente afwys op grond van die feit dat hulle nie “sexually mature” is nie, dit wil sê hulle is nie heteroseksueel nie. Hulle maak ook melding van 'n opleidingskursus waar van 'n vroulike homoseksuele terapeut vereis is om haar oriëntasie te verander, ten spyte van die feit dat sy reeds 15 jaar lank in 'n stabiele, vaste verhouding was (Milton & Coyle 1999:47). In sulke gevalle word die mens en sy/haar goeie kwaliteite heeltemal negeer en het homofobie en heteroseksisme 'n “verblindingsfunksie”. 'n Persoon se seksuele oriëntasie “kanselleer” as't ware alle goeie hoedanighede waaroor hy/sy beskik. Laasgenoemde word nie eens raakgesien nie.

Verder is dit sorgwekkend dat die opleiding wat terapeute ontvang, in baie gevalle ontoereikend is. Murphy (1991:232) sê in dié verband die volgende: “ ... despite official statements about the importance of sensitivity to sexual orientation, gay and lesbian topics are rarely discussed either in mental health graduate programs or in the field.” In 'n studie deur Russell (Whitman 1995:169) is byvoorbeeld gevind dat uit 36 meestersgraadstudente, slegs twee opleiding ten opsigte van dié aspek ontvang het. Ook Phillips en Fischer (1998:712) gee navorsingsresultate weer waarvolgens opleiding wat terapeute ontvang ten opsigte van homoseksualiteit heeltemal ontoereikend is.

Aangesien kennis waarskynlik een van die belangrikste hoekstene is wanneer met homoseksuele persone gewerk word, is bogenoemde feite onrusbarend. Daarsonder sal dit 'n nuttelose poging wees om met homoseksuele kliënte te probeer werk. Morrow (2000:139) beskryf die gevolge van gebrekkige kennis soos volg: "Because of lack of knowledge ... the therapist may not be aware of unique issues, confronting the client, such as identity; the impact of gender stereotyping on early development; specific career-related concerns including job discrimination and harassment; relationship patterns of lesbians and gays; family, parenting, and custody issues; the impact of feminism on lesbian and bisexual women; and ... norms for lesbians and gay men." Daar is dus 'n magdom aspekte van die homoseksuele persoon se lewe waaroor die terapeut kennis behoort in te win. Sonder die nodige kennis is dit 'n saak van onmoontlikheid om in die homoseksuele persoon se skoene te probeer staan en werklik empaties met hom/haar om te gaan. Daarsonder sal die terapeut buitestaander bly.

Stacey (McCann 2001:80) haal die volgende woorde van 'n homoseksuele kliënt aan, wat daarop dui hoe belangrik die nodige kennis is vir 'n geslaagde ontmoeting met 'n homoseksuele kliënt: "Who is therapy for – me in resolving my ... issues, or the therapist in being educated about homophobia and lesbian experience?"

Teen die agtergrond van genoemde feite is dit te verstane dat die kliënt dikwels aan 'n situasie uitgelewer word waar hy/sy liever nie moes gewees het nie: "... lesbians and gay men who, for whatever reason, find themselves in the therapeutic domain are essentially at the mercy of the therapist's own struggles, prejudices and intolerance" (McCann 2001:80). In so 'n geval is dit duidelik dat die terapeut vanuit 'n interne verwysingsraamwerk werk.

Dat die homoseksuele persoon blootgestel word aan baie diskriminasie, onverdraagsaamheid en wanpraktyke, blyk byvoorbeeld uit 'n verslag van die "National Institute for Mental Health" (McCann 2001:79). Daarvolgens dui 58% van die respondente, wat reeds blootgestel was aan die Britse Gesondheidsorgsisteem se dienste, aan dat hulle nie veilig sal voel om hul seksuele oriëntasie binne die opset bekend te maak nie; 60% dui aan dat hulle hul seksualiteit binne die opset



ontken het en 51% dui aan dat hul seksualiteit ontoepaslik deur gesondheidsorgwerkers gebruik is om die oorsake van psigiese probleme te verklaar (McCann 2001:79).

Dit is dus begryplik dat homoseksuele mense sielkundiges dikwels aanvanklik met agterdog bejeën, totdat sodanige persoon hom/haar bewys het: "... clients may ... be suspicious or defensive around a therapist until it has been demonstrated that the therapist is trustworthy and skilled" (Davies 2000:97).

Met bogenoemde as agtergrond, kan die navorser die volgende finale navorsingsvraag wat die navorsing sal rig, stel: "Watter riglyne kan vir die opvoedkundige sielkundige daargestel word met betrekking tot die hantering van die homoseksuele kliënt?"

### **1.3 PROBLEEMSTELLING**

Uit die voorafgane gedeelte is dit duidelik dat die homoseksuele kliënt dikwels in terapie uitgelewer is aan 'n situasie waar hy/sy lief nie moes gewees het nie; 'n situasie waar hy/sy dikwels aan wanpraktyke, onverdraagsaamheid en diskriminasie blootgestel word, wat onder meer daartoe aanleiding kan gee dat die homoseksuele kliënt 'n negatiewe belewenis kan hê tydens 'n besoek aan 'n sielkundige. In die lig hiervan is die volgende probleemstelling ten opsigte van hierdie navorsing geformuleer: "Dit kom voor asof daar nie genoegsame riglyne vir die opvoedkundige sielkundige bestaan ten opsigte van die hantering van die homoseksuele kliënt nie."

### **1.4 DOELSTELLING**

#### **1.4.1 Algemene doelstelling**

Die algemene doelstelling is om die opvoedkundige sielkundige beter toe te rus in sy/haar hantering van die homoseksuele kliënt, met ander woorde om die opvoedkundige sielkundige se professionele vaardighede ten opsigte van die hantering van die homoseksuele kliënt te verbeter.

### **1.4.2 Spesifieke doelstelling**

Die spesifieke doelstelling van die literatuurstudie is om vas te stel watter riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele kliënt uit die literatuur saamgestel kan word. Wat die empiriese navorsing betref, word die belewensse van homoseksuele kliënte ten opsigte van sielkundiges ondersoek, ten einde riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele kliënt daar te stel.

## **1.5 NAVORSINGSMETODE**

Literatuurstudie sal eerstens onderneem word om vas te stel wat in die literatuur oor die onderwerp geskryf is en watter riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele kliënt uit die literatuur saamgestel kan word. Dit sal opgevolg word deur kwalitatiewe navorsing, in besonder deur gebruik te maak van fokusgroepe.

Wat kwalitatiewe navorsing betref, dui Van der Merwe (1996:291) aan dat dit by uitstek daarvoor gaan om menslike gedrag en ervaring beter te verstaan. Deur middel van empiriese navorsing kan konkrete gevalle van menslike gedrag bestudeer word ten einde te besin oor die toestand van die mens. Krueger en Casey (2000:4) beskryf 'n fokusgroep soos volg: “... a way to better understand how people feel or think about an issue, product, or service.” Kritzinger en Barbour (1999:5) sluit hierby aan: “Focus groups are ideal for exploring people’s experiences, opinions, wishes and concerns.” In die lig van die geformuleerde doelstellings maak dit sin om van kwalitatiewe navorsing, en in besonder fokusgroepe, gebruik te maak.

## **1.6 AFBAKENING VAN DIE TERREIN**

### **1.6.1 Literatuurstudie**

Die literatuurstudie fokus op die volgende: Die geskiedkundige agtergrond ten opsigte van homoseksualiteit; die omvang en aard daarvan; 'n verheldering van die

begrippe *homofobie* en *heteroseksisme*; probleme wat die homoseksuele persoon in 'n homofobiese, heteroseksistiese omwêreld ervaar; die behoeftes van die homoseksuele persoon; redes waarom homoseksuele persone sielkundiges besoek; en riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele persoon, sowel as riglyne ten opsigte van die opleiding van sielkundiges, soos dit uit die literatuur blyk. Op laasgenoemde twee aspekte word die meeste uitgebrei.

### **1.6.2 Empiriese ondersoek**

- Die empiriese ondersoek betrek homoseksuele persone wat meestal in die ouderdomsgroep dertig tot middel-veertig val. (Dit het geblyk dat die onderwerp van so 'n aard is dat dit te bedreigend en blootstellend vir die jonger persoon is om aan die onderhoude deel te neem.)
- Die fokusgroeponderhoude was nie slegs beperk tot mense wat reeds sielkundiges besoek het nie (hoewel die grootste gros in dié kategorie val). Enkele homoseksuele persone wat nog nooit by sielkundiges was nie, het aan die besprekings deelgeneem. Dié groep het egter vriende en/of lewensmaats wat reeds by sielkundiges was, en kon op dié wyse ook insette lewer.
- Binne die opvoedkundige sielkunde berus die selfaktualisering van 'n persoon op drie pilare, naamlik *belewing*, *betekenisgewing* en *betrokkenheid*. Die wyse waarop 'n persoon ervarings beleef, betekenis daaraan gee en betrokke raak, aktiveer en beïnvloed die proses van selfgesprek, wat weer op sy beurt 'n invloed het op die selfkonsep. Belewing, betrokkenheid en betekenisgewing bepaal dus menslike gedrag – na binne, deur middel van die vorming van die selfkonsep, en dit lei na buite tot die vorming van relasies, wat bepalend is ten opsigte van selfaktualisering. In dié empiriese navorsing val die klem op die eerste van bogenoemde drie pilare, naamlik die kliënt se belewing van sielkundiges. Dit word dus uit opvoedkundige sielkundige oogpunt benader; en die riglyne wat ter sprake is, word vir opvoedkundige sielkundiges daargestel.

## 1.7 BEGRIPSVERKLARING

Enkele begrippe waarna dikwels in hierdie verhandeling van beperkte omvang verwys word en verheldering verdien, is die volgende:

- **Riglyn:** In figuurlike sin word 'n riglyn beskou as 'n reël waarvolgens gewerk of gehandel moet word (HAT 1988:903; Kritzinger & Labuschagne 1980:848). In hierdie navorsingsverslag word enkele riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele kliënt daargestel. Dit word nie beskou as die enigste riglyne nie; daar is baie ruimte vir uitbreiding hierop.
- **Hantering:** Wanneer in hierdie navorsingsverslag na hantering van die homoseksuele kliënt deur die opvoedkundige sielkundige verwys word, word die volgende betekenisinhoud daaraan geheg: “omgaan met” (Kritzinger & Labuschagne 1980:303) en “(om te) doen ... daarmee wat jy dink nodig is om 'n spesifieke resultaat te verkry” (Gouws, Feinauer & Ponelis 1994:152). Aanbevelings word vanuit 'n opvoedkundige sielkundige perspektief gegee.
- **Homoseksueel:** Oor die begrip *homoseksueel* sê Grey (1992:xiii) die volgende: “(It was) ... coined by K.M. Benkert in 1869 as a ... description for the state of being exclusively or predominantly sexually attracted to persons of one's own sex.” In hierdie beskrywing word slegs klem gelê op die seksuele aspek, wat veroorsaak dat dié definisie 'n eensydige siening weergee. Du Plessis (1999:5) gee 'n meer “gebalanseerde” beskrywing van die begrip *homoseksueel*: “Homoseksueel verwys na die liefde, emosionele betrokkenheid en seksuele aangetrokkenheid tussen mense van dieselfde geslag.” Vir die doeleindes van dié studie sal laasgenoemde definisie geld wanneer na homoseksualiteit verwys word.

Die begrip *homoseksueel/homoseksuele* (selfstandige naamwoord) word in hierdie verhandeling van beperkte omvang afwisselend met homoseksuele persoon/persone gebruik.

- **Opvoedkundige sielkundige:** Vir die doeleindes van dié studie word dié begrip binne die kader van die opleiding van opvoedkundige sielkundiges aan Unisa beskou. Hierdie opleidingsmodel sluit aspekte van voorligtingsielkunde en opvoedkundige sielkunde in, onder meer terapie en voorligting aan kinders en volwassenes wat alledaagse stressore as stresvol ervaar.
- **LGB:** Hierdie afkorting kom dikwels in die literatuur voor en verwys na lesbiese, gay en biseksuele persone.
- **Homofobie:** Dempsey (1994:160) beskryf homofobie as 'n irrasionele vrees om homoseksueel te wees of om in kontak te kom met iemand wat 'n homoseksuele oriëntasie het.
- **Heteroseksisme:** Heteroseksisme word beskou as die geloof in die normaliteit en ook superioriteit van heteroseksualiteit en heteroseksuele persone (Platzer 1998:225).
- **Aversie:** Weersin/afkeer/afsku/teensin (Bosman 1984:705).
- **Aversioterapie:** Tydens aversioterapie word homoseksuele mense deur assosiasievorming gekondisioneer om pyn te ervaar of naar te voel by die aanskoue van 'n seksueel prikkelende beeld van iemand van dieselfde geslag (Du Plessis 1999:11-12).
- **Om uit (die kas) te kom:** In Engels word dit beskryf as *coming out*. Isaacs en McKendrick (1992:248) beskryf dié term soos volg: "Acknowledging homosexual identity, and commencing participation in the homosexual world."
- **Butch en femme:** Wat die beskrywing van hierdie begrippe betref, is daar verskeie nuanses en interpretasies. Met die woord *butch* word normaalweg na 'n manlike voorkoms en/of gedrag verwys, terwyl *femme* gebruik word om 'n vroulike voorkoms en/of gedrag te tipeer. Dié terme word gebruik om na mans én vroue te verwys (Beffon 1994:202-205).

## 1.8 NAVORSINGSPROGRAM

In hoofstuk 1 word die rasionaal agter dié spesifieke studie aangetoon: waarom dié spesifieke onderwerp as navorsingswaardig beskou word, insluitend agtergrond ten opsigte van die probleem, 'n kort literatuurstudie in dié verband, doelstellings van die navorsing, 'n aanduiding van die navorsingsmetode wat gevolg word, afbakening van die navorsing sowel as 'n begripsverklaring ten opsigte van enkele kernbegrippe.

Literatuurstudie word in hoofstuk 2 ten opsigte van die onderwerp onderneem. Inleidend word die geskiedkundige agtergrond ten opsigte van homoseksualiteit geskets, waarna aandag gegee word aan die volgende: die omvang en aard daarvan; 'n verheldering van die begrippe *homofobie* en *heteroseksisme*; probleme wat die homoseksuele persoon in 'n homofobiese, heteroseksistiese omwêreld ervaar; die behoeftes van die homoseksuele persoon; redes waarom homoseksuele persone sielkundiges besoek; en riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele persoon, sowel as riglyne ten opsigte van die opleiding van sielkundiges, soos dit uit die literatuur blyk. Op laasgenoemde twee aspekte word die meeste uitgebrei.

Hoofstuk 3 behandel die navorsingsontwerp en -bevindings. Daar word onder meer gekyk na die aanmeldingsprobleem waarmee kliënte na sielkundiges gaan, sowel as negatiewe en positiewe belewenisse wat hulle by sielkundiges ervaar. Na aanleiding daarvan word riglyne vir opvoedkundige sielkundiges ten opsigte van die hantering van die homoseksuele persoon geformuleer.

Hoofstuk 4 bied 'n samevatting van dit wat in die verhandeling van beperkte omvang na vore kom.

## 1.9 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die agtergrond tot die navorsing wat onderneem word, aanvanklik geskets. Daarna het die probleem en die doelstellings aan die orde

gekom, waarna die navorsingsmetode, afbakening van die navorsing en die navorsingsprogram beskryf is.

Die volgende hoofstuk bied die bevindings van die literatuurstudie wat vir hierdie ondersoek onderneem is.

## HOOFSTUK 2

### HOMOSEKSUALITEIT

#### 2.1 INLEIDING

Homoseksualiteit is so oud soos die mensdom. Hoewel die term *homoseksualiteit* eers gedurende die negentiende eeu ontstaan het, was daar oor alle eeue heen in alle gemeenskappe van die wêreld mense wat hul seksualiteit met 'n persoon van dieselfde geslag uitgeleef het (Anthonissen & Oberholzer 2001:145-146; Broido 2000:17). Getuigenis daarvan sien 'n mens byvoorbeeld in argeologiese opgrawings uit vroeër beskawings. Ook Egiptiese papyrusgeskrifte van 6 500 jaar gelede beskryf reeds homoseksuele liefde (Du Plessis 1999:14). In daardie vroegste eeue is homoseksualiteit in groot dele van die gemeenskap aanvaar en positief gesien: “ ... no absolute norms for sexual behavior could be identified, and ... 64% of the cultures ... viewed same-sex behavior as normal for at least some portion of the population” (Fassinger 1991:158). In die dae van die Griekse en Romeinse Ryk is die liefde tussen volwasse mans en seuns byvoorbeeld as 'n edel vorm van liefde beskou (Anthonissen & Oberholzer 2001:148; Du Plessis 1999: 14).

Daarna (in die twaalfde en dertiende eeu) het 'n fase aangebreek waartydens homoseksualiteit gesien is as 'n sosiale en sondige misdryf. Onmenslike vonnisse is oor skuldiges voltrek. Vir eerste en tweede oortredings is geslagsdele verwyder, waarna die oortreder verbrand is (Anthonissen & Oberholzer 2001:149; Fassinger 1991:160). Fassinger (1991:160) wys byvoorbeeld daarop dat die term *faggot* afgelei is van die woord “fagot” – 'n verwysing na die gebruik om homoseksuele mans as “brandhout” te gebruik wanneer hekse verbrand is.

Die volgende fase in die geskiedenis van homoseksualiteit is aan die begin van die negentiende eeu ingelui toe 'n klemverskuiwing plaasgevind het en dit nie meer as 'n



sonde geklassifiseer is nie, maar wel as 'n soort siekte (Drescher 1999:62; Harrison 2000:38). In 1869 is die term *homoseksualiteit* die eerste keer deur ene K.M. Benkert "gemunt" (Broido 2000:18; Grey 1992:iii). In hierdie tyd is die homoseksuele persoon nie net terminologies nie, maar ook fisiek van die heteroseksuele persoon geskei. Dit het 'n periode van groot wroeging en lyding ingelui.

Op 15 Desember 1973 het dr. Alfred Freedman, president van die "American Psychiatric Association" (Du Plessis 1999:31) aangekondig dat die APA besluit het om homoseksualiteit uit die DSM ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders") te verwyder (Croteau, Bieschke, Phillips & Lark 1998:707; Drescher 1999:61; Falco & Garrison 1995:129). Op 'n spesifieke dag het miljoene mense, wat voorheen as "siek" beskou is, dus skielik gesond geword (Du Plessis 1999:31). Dit het 'n fase ingelui waarin homoseksualiteit as 'n normale seksuele variant beskou is (Anthonissen & Oberholzer 2001:151). Ten spyte hiervan is daar vandag nog talle mense wat homoseksualiteit steeds as 'n sonde en/of siekte beskou.

Vervolgens word kortliks gelet op die omvang en aard van homoseksualiteit.

## **2.2 DIE OMVANG EN AARD VAN HOMOSEKSUALITEIT**

Wat die omvang van homoseksualiteit betref, verdien die veelbesproke Kinsey-verslag vermelding. Alfred Kinsey, 'n professor in Soölogie, het met 12 000 mense onderhoude gevoer, waarna sy bevindings in 1948 in boekvorm, getitel *Sexual behavior in the human male*, uitgegee is. Dié publikasie het destyds soveel opspraak verwek dat dit binne die eerste twee maande sewe keer herdruk moes word. Daarvolgens het 60% pre-adolessente seuns met homoseksuele aktiwiteite geëksperimenteer en minstens 37% van die manlike bevolking (meer as een uit drie) het een of ander homoseksuele ervaring tot by orgasme gehad (tussen adolessensie en oudag) (Du Plessis 1999:4; Janus & Janus 1993:12 & 69). Wat die vroulike geslag betref, was 19% in een of ander stadium van hul lewens betrokke by homoseksuele aktiwiteite tot by orgasme (Janus & Janus 1993:69). Luidens dié verslag is altesaam 6,3% van alle seksuele aktiwiteite tussen volwassenes homoseksueel van aard en 10% van alle mans tussen die ouderdom van 16 en 55

het oor 'n tydperk van drie jaar uitsluitlik homoseksueel geleef (Du Plessis 1999:4; Hunt 1974:313).

Davies en Neal (1996:12) verwys ook na navorsing waarvolgens 11,6%, 7,8% en 11,6% mans van onderskeidelik Frankryk, Brittanje en die Verenigde State homoseksuele gedrag geopenbaar het sedert die ouderdom van 15. Verder het onderskeidelik 10,8%, 4,7% en 6,3% in die voorafgaande 5 jaar homoseksuele gedrag getoon.

Kinsey het tot die gevolgtrekking gekom dat ongeveer 10% van die bevolking homoseksueel is (Anthonissen & Oberholzer 2001:146; Du Plessis 1999:4 & 33; Fassinger 1991:158). Du Plessis (1999:5) wys daarop dat, met inagneming van die invloed van homofobie, die persentasie ten opsigte van homoseksualiteit waarskynlik hoër is. Davies en Neal (1996:1) sluit hierby aan wanneer hulle die volgende sê: “ ...some people are likely, due to social pressures, to underreport their same sex behaviour.” Genoemde navorsers (Davies & Neal 1996:1) dui aan dat ongeveer 7-12% van die bevolking erken dat hulle meer as een keer homoseksuele seks gehad het.

Aangesien die begrippe *homofobie* en *heteroseksisme* redelik prominent is in hierdie verhandeling van beperkte omvang, word dié twee begrippe in die volgende afdeling verhelder.

## **2.3 BEGRIPSVERHELDERING: HOMOFOBIE EN HETEROSEK-SISME**

Sears (1997:16) beskryf homofobie as die vooroordeel, diskriminasie, teistering of gewelddadige optrede teen seksuele minderheidsgroepe (insluitend homoseksuele persone), gewortel in vrees of haat ten opsigte van persone wat ander van dieselfde geslag liefhet of seksueel begeer. Kaufman en Raphael (1996:99) voeg iets by ten opsigte van bogenoemde wanneer hulle klem lê op die volgende aspekte: skaamte, walging/teësin en minagting. Volgens hulle (Kaufman & Raphael 1996:99) word die aversie in homoseksualiteit meer gevoed deur genoemde faktore as deur vrees.

Heteroseksisme word gesien as die geloof in die normaliteit en ook superioriteit van heteroseksualiteit en heteroseksuele persone, wat aanleiding gee tot onsigbaarheid van nie-heteroseksuele persone, diskriminasie teenoor hulle en onderdrukking van hulle (Platzer 1998:225). Volgens Harrison (2000:39) impliseer die begrip heteroseksisme dat alle mense graag heteroseksueel sal wil wees. As heteroseksualiteit as die enigste normale ontwikkeling beskou word, word alles anders uiteraard as abnormaal beskou. Bogenoemde sienings gee onder meer aanleiding tot die uitsluiting van homoseksuele persone ten opsigte van beleidsake, prosedures, gebeure of aktiwiteite (Sears 1997:16) en tot die ontkenning en/of stigmatisering van enige vorm van nie-heteroseksuele gedrag, identiteit, verhouding of gemeenskap (Herek 1995:321).

Die probleme waarmee die homoseksuele persoon in 'n homofobiese, heteroseksistiese omwêreld te doen het, word hierna onder die loep geneem.

## **2.4 PROBLEME WAT DIE HOMOSEKSUEEL IN DIE HOMOFOBIESE, HETEROSEKSISTIESE OMWÊRELD ERVAAR**

'n Populêre aktiwiteit ter bevordering van selfbeeld onder skoolleerlinge is om na 'n storie te luister oor 'n baie spesiale persoon en ter afronding in 'n kleurvolle boks te kyk. Wanneer die deksel opgelig word, is daar 'n spieël binne-in waarin hulle hul eie beeld weerkaats sien: "Most children giggle, with glee, pride, or self-consciousness. It is fun, and it encourages children to feel good about the person they see in the mirror. For some children though, the mirror begins to develop a blind spot – a part of themselves that they cannot see or, at best, cannot bring into focus" (Marinoble 1998:4). Hierdie blinde kol is homoseksualiteit.

Die skaduwee wat homoseksualiteit oor die lewens van soveel adolessente gooi, is só groot dat dit aan marteling gelykgestel word: "Torture is not too strong a word to use to describe the lives of many gay/lesbian adolescents, a kind of breed apart" (Ginsberg 1998:3). Hierdie marteling van die homoseksuele adolessent kan grootliks toegeskryf word aan die heteroseksisme en homofobie – tuis én by die skool – waaraan hy/sy blootgestel word. Cooley (1998:33) verwys dan ook na adolessensie

as 'n dubbele negatief. Gedurende dié tydperk in die homoseksuele adolessent se lewe wanneer die vorming van 'n positiewe selfbeeld só belangrik is, word hy/sy voortdurend daaraan herinner dat hulle onaanvaarbaar is, as't ware 'n "spesie" op hul eie. Die vestiging van 'n eie identiteit en positiewe selfbeeld lei uiteraard skipbreuk in sulke omstandighede.

In die meeste ouerhuise is die verwagting dat 'n kind heteroseksueel is. Enige afwyking hiervan is vir gesinslede normaalweg traumaties, soos duidelik blyk uit die volgende reaksie van 'n moeder en broer op 'n adolessent se homoseksualiteit: " ... (her) mother became frantic. She intercepted phone calls and letters, screaming that ... the relationship (was) the 'work of the Devil, an attack on God.' One of (her) ... brothers ... told her it was a stage she was going through. 'If you weren't my sister ... I would ... fuck you and then you'd get over this lesbian thing'" (Laird 1996:106).

Hier sien 'n mens die wanpersepsies wat in die samelewing bestaan, byvoorbeeld dat dit waarskynlik 'n demoon is wat van die persoon besit geneem en homoseksualiteit veroorsaak het en dat seks met 'n man homoseksualiteit by 'n vrou sal laat verdwyn. Daar is nog talle soortgelyke wanpersepsies wat deur die breë samelewing gehuldig word.

As gevolg van reaksies soos bogenoemde ma se "uitbarsting" wat haar dogter se homoseksualiteit betref, word homoseksuele adolessente "... half-members of the family unit, afraid and alienated, unable ever to be totally open and spontaneous, to trust or be trusted, to develop a fully socialized sense of self-affirmation. This sad stunting of human potential breeds stress for gay people and their families alike – stress characterized by secrecy, ignorance, helplessness, and distance" (MacDonald 1983:1).

Daar ontstaan dus 'n definitiewe skeiding en afstand tussen die homoseksuele adolessent en sy/haar ouers. Hierdie afstand en skeiding kan waarskynlik daaraan toegeskryf word dat 'n ouer 'n kind as 'n verlengstuk van hom- of haarself sien. Ouers wil normaalweg graag trots wees op hul kinders. As gevolg van die heteroseksisme en homofobie in die breë samelewing word 'n kind se homoseksualiteit 'n bedreiging

vir 'n ouer se ego, in so 'n mate dat hy/sy die kind se homoseksualiteit as 'n skande ervaar.

Die verwerping wat die homoseksuele kind tuis beleef, word in die skoolopset voortgesit. Nichols (1999:514) verwys na homofobie as deel van die informele kurrikulum op skool en sê onder meer die volgende: “ ... many – and probably most – schools communicate homophobic messages” (Nichols 1999:510). Sears (Chng & Wong 1998:76) het byvoorbeeld gevind dat 80% van voornemende onderwysers negatiewe gevoelens jeens homoseksuele leerlinge koester. Ginsberg (1998:2) dui dan ook aan dat onderwysers dikwels tot 'n homoseksuele kind se pyn bydra – “pain that is palpable, pervasive, and ultimately, dangerous” (Ginsberg 1998:2).

Volgens Anderson (1994:151) is daar in elke skool talle homoseksuele kinders wat nie dieselfde geleenthede as ander het nie: “We do little, in most cases nothing, to prepare them for a world that reviles them or to support them in a school environment in which they are called faggots and dykes.” 'n Moontlike rede vir dié versuim van die onderwyser se kant is waarskynlik die volgende: “ ... they fear the repercussions, lack the knowledge or resources, or are simply unaware” (Savin-Williams 1998:303-304).

Met bogenoemde as agtergrond is dit begryplik dat sosiaal-emosionele isolasie en teistering (verbaal en fisiek) van die vernaamste probleme is waarmee homoseksuele kinders op skool gekonfronteer word (Chng & Wong 1998:73, Radkowsky & Siegel 1997:203). Harrington-Leuker (1996:30) wys daarop dat die regte van só 'n kind normaalweg ook nie beskerm word nie. In 'n regsgeeding wat deur 'n homoseksuele leerling aanhangig gemaak is ná teistering deur 'n mede-leerder in so 'n erge graad dat hy as gevolg daarvan die skool verlaat het, het die beheerliggaam byvoorbeeld net aangedui dat hulle nie verantwoordelik is vir dade van een student aan 'n ander nie.

'n Homoseksuele leerder kry dus die volgende boodskap: “ ... that people who feel different are weak, subject to ridicule, sick and unhealthy, abnormal, and generally undesirable” (Besner & Spungin 1995:68). Hy/sy word in die proses dikwels gedwing om nie hom-/haarself te wees nie – daar word al verder van die ware self

wegbeweeg: “ ... in choosing to hide an essential part of the self, individuals are left with a gnawing feeling that they are really valued for what others expect them to be rather than for who they really are” (Minton & McDonald 1984:102).

Vir die meeste kinders met 'n homoseksuele oriëntasie is hul skoolloopbaan, as gevolg van homofobie en heteroseksisme wat in die samelewing heers, dus geen aangename reis nie, soos duidelik blyk uit die volgende gedeelte: “My journey would have been much less painful if, in those earlier years, I had received some sense that my feelings were not horrible and deviant, some hint that there were others like me”. (Marinoble 1998:4).

Die homofobie en stigmatisering waaraan die homoseksueel in sy/haar jeug blootgestel word, duur dwarsdeur die volwasse lewe voort: “We live in a society in which gay men and lesbians continue to suffer stigmatization and discrimination on both familial and institutional levels ... ” (Lebolt 1999:355).

Heteroseksisme en homofobie daag homoseksuele mense uit om meganismes te ontwikkel “ ... which are strong and flexible in the area of coping with unfairness and disadvantage. In this area ... (they) need to be more healthy than straights in order to survive” (Denman & De Vries 1998:171). Dit dwing ook baie homoseksuele mense om 'n leuen te lewe en voor te gee wat hulle nie is nie. Uiteraard kan dit aanleiding tot diepgaande probleme op psigiese vlak gee.

Dat dié situasie binne die afsienbare toekoms sal verander, is onwaarskynlik: “Because this bias is deeply ingrained in most aspects of society ... the elimination of homophobia is unlikely” (Radkowsky & Siegel 1997:212).

In die volgende afdeling word die behoeftes van die homoseksuele persoon behandel.

## 2.5 BEHOEFTE VAN DIE HOMOSEKSUELE PERSOON

Isolasie en voortspruitend daaruit pyn, hartseer en wanhoop – dit is wat 'n mens in die woorde van sommige homoseksuele adolessente lees, soos blyk uit die volgende gedeeltes: “I became withdrawn. I had no means of expression ... I had trouble dealing with the outside world. And every day I lived in fear that there was nothing else, that I would never know anyone who could understand me and my feelings” (Heron 1983:39); “When I realized I was homosexual, the first thing I did was sit down and cry. I wept for myself, but mostly I cried because I didn't conform. I couldn't be this way, because it just wasn't right” (Heron 1983:15).

Dié gevoelens hou ongelukkig nie op om te bestaan wanneer adolessensie verby is nie. Getuigenis daarvan sien 'n mens in die volgende woorde van 'n volwasse man: “At present I feel lonely, isolated, uncertain of which direction to take. I am also developing a sort of hopelessness over the situation. I do not feel confident.” (Denman & De Vries 1998:175).

Die isolasie van die homoseksuele persoon kan daaraan toegeskryf word dat hy/sy *anders* behandel word as die deursnee heteroseksuele persoon; in só 'n mate anders dat dit 'n skreiende aanklag teen die heteroseksuele samelewing word. Die aanvaarding, respek en empatie wat normaalweg aan die heteroseksuele persoon betoon word, is die homoseksuele persoon gewoonlik nie beskore nie.

Sekerlik een van die dringendste behoeftes van die homoseksuele mens is om normaal behandel te word, omdat hy/sy ook wil *behoort*: “The need to belong is perhaps the quintessential ... imperative, the search for acceptance a unifying quest” (Ginsberg 1998:1). Gonsiorek (1988:121) sê die volgende in dié verband: “ ... the most powerful treatment for the emotional concerns of gay and lesbian youth is to normalize their experiences as adolescents.”

Die homoseksuele persoon se intense behoefte aan normalisering blyk uit die volgende gedeelte: “When I talked to her about losses in my life (from Aids) ... her eyes would well up. She saw my loss the way she would see a straight person losing

somebody of the opposite gender ... to cancer. When I saw her moved by my losses, it normalized and legitimized ... the loss of any gay man" (Lebolt 1999:362). Trane in die oë van 'n heteroseksuele persoon oor die verlies van 'n homoseksuele man, is genoeg om hierdie homoseksuele man diep te raak, omdat dit sy behoeftes as homoseksuele persoon normaliseer.

Normalisering is waarskynlik die sleutel tot die homoseksuele persoon se heelheid as mens. Om heel te kan word, moet die homoseksuele persoon volgens Kaufman en Raphael (1996:179) die onteinde dele van die self weer in besit neem, spesifiek sy/haar homoseksuele behoeftes en begeertes, en dit integreer met die res van sy/haar persoonlikheid. Bogenoemde navorsers (1996:110) vat dit soos volg saam: "Coming out of shame is a journey toward wholeness and selfrespect."

Ten opsigte van die bereiking van hierdie heelheid stel Clark (1987:221) die volgende aan die sielkundige voor: "Your primary objective should be to help the person to become more truly (himself) ... which means ... that you want to help the person become more truly gay, developing conscious self-appreciation and integrity that includes the integration of gay thoughts and feelings." Eers wanneer die homoseksuele persoon hierin geslaag het, kan hy/sy tot die verwesenliking van sy/haar potensiaal kom en tot volle wasdom groei.

Vervolgens word ingegaan op die redes waarom homoseksuele persone sielkundiges besoek.

## **2.6 REDES WAAROM HOMOSEKSUELE PERSONE SIELKUNDIGES BESOEK**

Volgens 'n ondersoek deur Hetrick en Martin (Fontaine & Hammond 1996:826) was die hoofrede waarom homoseksuele persone sielkundiges besoek het, isolasie van familie en vriende. Gesins- en familieprobleme was tweede op die lys, wat onder meer verwerping deur ouers, sowel as geweld ingesluit het. Om "uit te kom" binne die gesinsopset was ook 'n prominente probleem. Ander redes waarom die



respondente sielkundiges besoek het, was dwelmafhanklikheid (5%), emosionele probleme soos depressie en angs (19%) en selfmoordpogings (20%).

Bradford en Ryan (Platzer 1998:227) het 'n ondersoek geloods en bevind dat 75% van die 1 925 homoseksuele vroue wat betrek is, reeds van gesondheidsdienste gebruik gemaak het, insluitend terapie. Altesaam 68% van die respondente het aangedui dat hulle in die verlede psigiese probleme ondervind het. Die redes waarom hulle terapie verlang het, was in volgorde van belangrikheid die volgende: depressie, verhoudingsprobleme, angs, asook probleme ten opsigte van hul seksuele oriëntasie.

In 'n projek waaraan 1 500 mense in die San Francisco-area deelgeneem het, het 56% van die homoseksuele mans (teenoor 27% heteroseksuele mans) en 66% van die homoseksuele vroue (teenoor 41% heteroseksuele vroue) aangedui dat hulle in een of ander stadium van hul lewens sielkundiges besoek het oor emosionele probleme. Twee vyfdes van die respondente het aangedui dat konflik oor hul seksuele oriëntasie ten minste een van die redes was waarom hulle by sielkundiges uitgekom het (Jones & Gabriel 1999:213).

Ook Trippet en Schneider (Platzer 1998:227) het ondersoek in dié verband onderneem. In eersgenoemde se projek is 503 homoseksuele vroue betrek. Die redes waarom hulle sielkundiges besoek het, was depressie, konflik rondom die "uitkom-situasie", sowel as alkohol- en dwelmmisbruik. Schneider (Platzer 1998:228) het 30 vroue en 30 mans in Toronto ondervra. Angs, depressie, sosiale onttrekking, alleenheid, nagmerries, probleme op skool en dwelmmisbruik is aangedui as redes waarom hulle sielkundiges besoek het.

Jones en Gabriel (1999:217) dui aan dat verskeie homoseksuele persone om dieselfde redes as heteroseksuele persone by sielkundiges beland, soos verhoudingsprobleme, probleme by die werk, en so meer.

Dit is dus duidelik dat homoseksuele persone om 'n wye verskeidenheid redes by sielkundiges om hulp aanklop. Homoseksuele oriëntasie en probleme wat daarmee verband hou, is die prominentste, hoewel daar ook ander redes is waarom

homoseksuele persone hulle tot sielkundiges wend. Daar kan dus nie vanselfsprekend aanvaar word dat homoseksuele mense altyd *per se* oor hul homoseksuele oriëntasie na sielkundiges toe gaan nie.

Vervolgens wil die navorser poog om riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele kliënt uit die literatuur saam te stel.

## **2.7 RIGLYNE AAN OPVOEDKUNDIGE SIELKUNDIGES SOOS VERKRY UIT DIE LITERATUURSTUDIE**

### **2.7.1 Inleiding**

Ten spyte van die feit dat die “American Medical Association” in 1994 voorgestel het dat terapie aan homoseksuele mense daarop gerig moet wees om hulle te help “to become comfortable with their sexual orientation” (Anthonissen & Oberholzer 2001:153), en die klemverskuiwing dat homoseksualiteit nie meer as ’n sonde en/of siekte nie, maar wel as ’n normale variant van seksualiteit gesien moet word, is daar steeds sielkundiges wat homoseksuele kliënte as sodanig hanteer. Horrocks (1998:15) sê die volgende in dié verband: “One can argue ... that we are witnessing today a clash of paradigms concerning homosexuality. As against the paradigm of ‘sickness and cure’, there is the paradigm of ‘gay affirmation’.”

Dit moet gesien word teen die agtergrond dat sielkundiges dwarsdeur hul lewens aan dieselfde mites, miskonsepsies en stereotipes ten opsigte van homoseksualiteit as die breë samelewing blootgestel word (Tozer & McClanahan 1999: 734). Moon (1994:277) sê dan ook tereg dat sielkundiges deel is van ’n kultuur wat stigmatisering en vooroordeel teen homoseksuele toelaat. Milton en Coyle (1998:74) sluit hierby aan wanneer hulle aandui dat baie sielkundiges geneig is om vanuit ’n raamwerk van heteroseksuele aannames en norme te werk wanneer ’n homoseksuele persoon ter sprake is.

Getuienis is volop dat homoseksuele kliënte swakker diens ontvang en dat daar teen hulle gediskrimineer word wanneer dit bekend word dat hulle homoseksueel is.

Platzer (1998:229) verwys byvoorbeeld na ontoereikende diens en negatiewe response wat homoseksuele jeug ontvang het ná bekendmaking van hul oriëntasie. Vir sommige jongmense wat aangedui het dat hulle homoseksueel is, is onder meer gesê dat hulle te jonk of te mooi is om homoseksueel te kan wees! Jones en Gabriel (1999:210) wys ook op homoseksuele kliënte wat swak of ontoepaslike diens ontvang het as gevolg van hul homoseksuele oriëntasie.

Bogenoemde feite is betreurenswaardig, aangesien 'n groot persentasie homoseksuele persone potensiële kandidate is om in sielkundiges se spreekkamers te beland. Shelley (1998:6) dui dan ook aan dat die terapeutiese proses 'n geldige wyse is waarop homoseksuele mense verkies om “ ... the myriad issues, internalised homophobia (heterosexism), external oppression and the experiences of pain and stress involved in living” aan te spreek. Sommige homoseksuele persone beskou die besoek aan 'n sielkundige as 'n lewensaar; 'n reddingsboei: “ ... a life preserve in a sea of confusion” (Lebolt 1999:357).

Oor die taak van die sielkundige ten opsigte van die homoseksuele kliënt maak Davies (1996b:26) die volgende insiggewende opmerking: “ ... (the therapist should) ... become a companion in the client's journey, rather than a tour guide.” Iemand wat die moeilike pad van selfaanvaarding saam met hulle kan stap – dít is waarna homoseksuele persone smag.

Uit die literatuurstudie het die volgende riglyne aan sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele kliënt na vore gekom:

### **2.7.2 Selfondersoek**

Hoe hard die terapeut ookal probeer, indien hy/sy homofobies en heteroseksisties is, sal dit noodwendig in sy/haar kontak met kliënte deurskemer, hoe subtiel ookal: “ ... one's true character shows through to patients no matter what one reveals or fails to reveal” (Cornett 1995:81).

Woodman en Lenna (1980:14) dui dan ook aan dat homoseksuele kliënte geen behoefte het aan 'n terapeut wat aanbied om die kliënt te help om die beste van 'n

slegte saak te maak nie – dit is 'n subtiele vorm van homofobie. Terapeute wat nie in staat is om homoseksualiteit in 'n positiewe lig te beskou nie, moet homoseksuele kliënte eerder verwys. Hul vrees, angs en ambivalente gevoelens sal in die terapeutiese situasie deurskemer en die kliënt verder in ellende dompel.

In ooreenstemming hiermee word in die literatuur beklemtoon dat terapeute aan hul eie vooroordele moet werk alvorens hulle sodanige kliënte aanvaar. Morrow (2000:145) dui dan ook aan dat selfondersoek die sleutel is tot sukses wanneer met 'n homoseksuele kliënt gewerk word. Dit sluit onder meer die volgende in: “ ... examination of one's own thoughts, feelings, attitudes, beliefs, and values about LGB people and issues, along with gaining an awareness of one's biases and their origins.” Radkowsky en Siegel (1997:210) beaam dit.

Soms kom die teendeel van onverskilligheid ten opsigte van homofobie by die terapeut voor, waar hy/sy so bang is vir homofobiese optrede, dat dit lei tot onnatuurlikheid, wat die terapeutiese proses strem (Horrocks 1998:48). In sulke gevalle is homofobie uiteraard steeds deel van so 'n persoon se samestelling.

Nog 'n belangrike aspek van selfondersoek is geïnternaliseerde homofobie. Dit is van kardinale belang dat terapeute gekonfronteer moet word met geïnternaliseerde homofobie en gemaklik moet wees “... with their own homosexuality if they identify as heterosexual and their heterosexuality if they identify as gay or lesbian.” (Izzard 2000:119). 'n Terapeut moet dus sy/haar seksualiteit baie deeglik ondersoek en klaarspeel met moontlike geïnternaliseerde homofobie, aangesien die terapeut in sy/haar werk gekonfronteer kan word “... with aspects of (his/her) ... own homosexuality, unconscious or otherwise” (Ryan 1998:54). Ryan (1998:50) noem verder byvoorbeeld die geval waar 'n terapeut, as gevolg van geïnternaliseerde homofobie, baie pertinent haar heteroseksuele getroude staat en ook haar “onbeskikbaarheid” beklemtoon het, wat die terapeutiese proses baie skade berokken het. In 'n ander geval het 'n terapeut glad nie ingegaan op die verhoudingsprobleme waarmee 'n homoseksuele vrou haar kom sien het nie, uit vrees dat die kliënt seksueel toenadering by haar sou soek.

Indien daar suksesvol met homoseksuele kliënte gewerk wil word, behoort homoseksualiteit gesien te word as “ ... an equally positive human experience and expression to heterosexual identity” (Davies 1996b:25); as “ ... a normal variation of human sexual expression with no taint of pathology or sin” (Dallas 1996:369).

Om oor genoegsame kennis met betrekking tot homoseksualiteit te beskik, is ’n baie belangrike voorwaarde ten opsigte van die hantering van die homoseksuele kliënt deur die sielkundige. Vervolgens word daarop ingegaan.

### **2.7.3 Inwin van inligting**

Indien ’n terapeut nie oor genoeg kennis beskik om met ’n homoseksuele kliënt te werk nie, kan hy/sy voel asof hulle in ’n “strange country or alien culture” is, “ ... and could only too easily put a foot wrong, be insensitive or not understand” (Ryan 1998:51).

Gelso, Fassinger, Gomez en Latts (1995:356) dui aan dat sielkundiges dikwels oningelig is met betrekking tot homoseksualiteit. Dit lei tot wanpersepsies en die aanhang van mites (Mattison & McWhirter 1995:128). Fontaine (1998:12) maak byvoorbeeld melding van sielkundiges wat die mening huldig dat ’n homoseksuele leefstyl deur ’n homoseksuele persoon *gekies* word. ’n Gebrek aan kennis is verantwoordelik vir ’n siening soos bogenoemde en dit is een van die vele wanpersepsies wat bestaan.

Die heteroseksuele persoon maak ook dikwels die fout om te dink dat alle homoseksuele persone dieselfde is, dit wil sê hulle ontken die diversiteit wat binne homoseksualiteit bestaan (Milton & Coyle 1998:74). Falco en Garrison (1995:136) brei soos volg uit oor die diversiteit ten opsigte van vroulike homoseksuele persone: “Lesbians are so diverse as to defy easy description or definition. Lesbians are rich and poor, healthy and ill, educated or not, have careers in every occupation, have children or not, have mental illnesses or not, are of every race and spirituality, and, most intriguing of all, may or may not call themselves lesbians.” Alle heteroseksuele mense word nie in dieselfde kategorie geplaas nie. Dieselfde behoort vir die homoseksuele deel van die samelewing te geld.

Uit bogenoemde is dit duidelik dat grondige kennis waarskynlik 'n belangrike bron van sukses is wanneer 'n sielkundige kontak met 'n homoseksuele kliënt het; daarsonder sal dit 'n vergeefse poging wees om met homoseksuele persone te probeer werk. Dit sou ook oneties van 'n terapeut wees om van die kliënt te verwag om hom/haar breedvoerig oor sake rakende 'n homoseksuele leefwyse in te lig. Die kliënt betaal immers vir dienste gelewer. Wanneer die kliënt by die terapeut kom, moet laasgenoemde reeds oor al die nodige agtergrond en kennis beskik (Davies 1996a:51).

Kennis kan op verskillende maniere bekom word: deur wyd te lees, opleiding, supervisie, die bywoon van kongresse, konsultasie met spesialiste op die gebied en ook en veral deur kontak met homoseksuele persone. Die terapeut moet poog om eerstehandse kennis op te doen met betrekking tot die leefwêreld waarin die homoseksuele persoon hom daagliks bevind: die diversiteit van leefstyle en kulture, die vooroordeel waarmee hulle daagliks te doen het, die konsekwensies daarvan wanneer hulle hul oriëntasie bekend maak, die geweld waaraan sommige van hulle daagliks blootgestel word, die dinamiek binne homoseksuele gesinne, en vele meer (Davies 1996b:38; Davies 2000:101-103; Gray 2000:36). Saari (2001:649) noem die voorbeeld waar 'n terapeut 'n kliënt kon help om by 'n leeskring aan te sluit, asook aan sportbedrywighede deel te neem waar sy ander homoseksuele persone kon ontmoet. Indien sy as terapeut oningelig was, sou dit nie moontlik gewees het nie. Om jou net op boekkennis te verlaat ten einde op die hoogte van die homoseksuele se leefwêreld te kom, is nie genoeg nie: “ ... there is no substitute for warm relationships with those who have different lifestyles from our own, who will point out the assumptions which betray us, and challenge and stretch us .... people we share our lives with, not characters 'out there' who remain distant, or worse, invisible” (Izzard 2000:119). Milton en Coyle (1999:55) beaam dit wanneer hulle aandui dat, om self homoseksueel te wees, of homoseksuele familie en/of vriende te hê, sentraal staan ten opsigte van die suksesvolle hantering van die homoseksuele persoon.

Nog 'n belangrike aspek ten opsigte van die hantering van die homoseksuele kliënt deur die sielkundige is dat die kliënt onvoorwaardelik aanvaar en met respek en empatie behandel moet word. In die volgende afdeling word hierby stilgestaan.

#### **2.7.4 Aanvaarding, empatie en respek**

Om werklik aanvaar en met respek en empatie behandel te word, is waarskynlik van die dringendste behoeftes van die homoseksuele persoon. Dit vorm deel van die proses van normalisering van die homoseksuele persoon se ervaringswêreld.

Isay (1989:122) benadruk die belangrikheid van aanvaarding binne die terapeutiese opset. Volgens Milton en Coyle (1998:74) word aanvaarding gekenteken deur normalisering van die homoseksuele oriëntasie en die nie-veroordeling daarvan. 'n Homoseksuele man reageer byvoorbeeld soos volg op sy terapeut se meelewing nadat hy negatief vir HIV getoets is: "I remember her saying: 'Oh, I'm so relieved!' ... This was the first time that I saw a human side to her ... I ... felt very ... close to her ... It felt ... affirming of me ... If you're accepting me, then you're accepting being gay" (Lebolt 1999:361).

Daar is egter 'n belangrike voorwaarde hieraan verbonde: Hierdie aanvaarding moet eg wees: "Feigning such acceptance negates true empathy and results in a saccharine appeasement that is ultimately condescending, the opposite of empathy" (Cornett 1995:81).

Wanneer die terapeut 'n kliënt as mens aanvaar, impliseer dit dat hy/sy ook respek het vir die homoseksuele persoon as mens. Om selfrespek te ontwikkel in 'n heteroseksistiese wêreld, waar die homoseksuele persoon so dikwels respek ontsê word, is een van die doelstellings van terapie.

Davies (1996b:38-39) benadruk die volgende: "A non-gay therapist may be of particular help to some clients in that the respect of the therapist, as a representative of the 'in'group, can help to heal the wounds of heterosexism." Vir die homoseksuele kliënt dra die sielkundige, as verteenwoordiger van die breë samelewing, baie gewig. Indien 'n terapeut nie daartoe in staat is om aan 'n homoseksuele persoon respek te betoon vir sy/haar kultuur en leefstyl nie, is dit oneties om met hom/haar te werk.

Aanvaarding en respek is egter nie genoeg nie. Daar moet iets bykom: empatie. 'n Voorbeeld hiervan is waar 'n homoseksuele man sy terapeut beskryf " ... as being

able ... not only to accept, but ... take in ... (and) be in touch with the experience of being gay ... (and) maybe ... share some of those feelings ... (of) what it's like to be attracted to another man" (Lebolt 1999:362). Genoemde terapeut kry dit dus reg om werklik in die skoene van sy/haar homoseksuele kliënt te staan.

Die terapeut moet homself voortdurend afvra: "Hoe kommunikeer ek empatie, aanvaarding en respek aan die kliënt?" Die voorstel word gemaak dat terapeute hul sessies (uiteeraard met toestemming van die kliënt) op videoband opneem en aan homoseksuele terapeute, supervisors en spesialiste op die gebied voorspeel met die oog op kritiese evaluering (Davies 2000:102).

Die hele kwessie van aanraking word ook in die literatuur aangeraak. Mag 'n terapeut in sommige gevalle aanraking gebruik om empatie te toon? Sommige terapeute sê al die regte woorde van waardering en raak nooit aan 'n kliënt buiten om sy/haar hand te skud nie. Ons leef in 'n "anti-aanraking" kultuur en terapeute is met reg versigtig vir aanraking. Tog moet in dié verband die volgende onthou word: "... many lesbians and gay men have grown up afraid of their bodies. Society has given them powerful messages about their bodily impulses being perverted, sick, dangerous and, specifically, a message that their feelings will be out of control" (Davies 1996b:32). Bereidwilligheid om aan 'n homoseksuele kliënt te raak – selfs net 'n hand op die skouer wanneer die persoon vertrek – sê in werklikheid die terapeut aanvaar die kliënt en sy/haar liggaam. Uiteeraard behoort alle aanraking met etiese integriteit gedoen te word.

In die volgende gedeelte word stilgestaan by konversieterapie, waar pogings aangewend word om homoseksuele mense se oriëntasie te verander.

### **2.7.5 Seksuele oriëntasie en konversieterapie**

Tozer en McClanahan (1999:725) dui aan dat konversieterapie, die poging om 'n kliënt se oriëntasie te verander, waarskynlik dateer uit die 1800's "... when a man was ordered to ride a bicycle to exhaustion to eliminate his sexual appetite for other men."



Daar is ongelukkig steeds terapeute wat die siening huldig dat 'n mens se seksuele oriëntasie verander kan word. Hulle glo dat homoseksualiteit minderwaardig is teenoor heteroseksualiteit en dat homoseksualiteit geëlimineer kan word (Schreier 1998:306). Volgens Milton en Coyle (1998:74) glo sommige mense dat die geslaagdheid al dan nie van terapie bepaal word daardeur of daarin geslaag kon word om die persoon se oriëntasie te verander.

Dit is oneties om aan te bied om iemand se oriëntasie te probeer verander, of sodanige persoon na 'n instansie of persoon te verwys wat sal poog om dit te doen. In 'n poging om 'n persoon se oriëntasie te verander, word genoemde persoon se hele menswees in werklikheid negeer. Isay (1989:112) sê tereg: “ ... there may be severe emotional and social consequences in the attempt to change from homosexuality to heterosexuality.”

Soms kom die versoek van die kliënt se kant om sy/haar oriëntasie te verander – “desire for conversion therapy remains” (Tozer & McClanahan 1999:725). Volgens Tozer en McClanahan (1999:739) is terminering 'n opsie indien 'n kliënt daarop sou aandring dat die terapeut sy/haar oriëntasie moet verander. Hulle dui aan dat géén optrede in só 'n geval verkieslik is bó verkeerde optrede. In sulke gevalle kan benadruk word dat die terapeut beskikbaar sal wees om verder met die kliënt te werk met betrekking tot nie-konversietherapie.

In die literatuur kom dit duidelik na vore dat dit verkieslik is dat 'n homoseksuele terapeut sy/haar oriëntasie bekend moet maak wanneer met 'n homoseksuele kliënt gewerk word. Vervolgens word hierby stilgestaan.

#### **2.7.6 Bekendmaking van homoseksuele terapeut se seksuele oriëntasie**

Daar word in die literatuur na die sogenaamde “gaydar” (Davies 2000:96) verwys – 'n ekstra sintuig waaroor die deursnee homoseksuele persoon glo beskik om iemand anders se oriëntasie aan te voel. Dis is dus hoogs waarskynlik dat die homoseksuele kliënt sal weet wat die terapeut voor hom se seksuele oriëntasie is.

Die vraag ontstaan: Moet die terapeut sy/haar seksuele oriëntasie aan die cliënt bekendmaak? 'n Homoseksuele terapeut huldig die volgende siening in dié verband: "I discuss my sexual orientation during the initial telephone contact. Disclosing my homosexuality frees me from worrying about it and when and how it will become an issue" (Siegel & Walker 1996:30).

Kennerse voel baie sterk daaroor dat die homoseksuele terapeut sy/haar oriëntasie aan die cliënt bekend behoort te maak, tot voordeel van die cliënt. Perlman (2000:178) stel dit duidelik dat 'n terapeut wat sy/haar homoseksuele oriëntasie verswyg, nie met 'n homoseksuele cliënt moet werk nie. Milton en Coyle (1999:50) beaam dit: "I don't think it's possible to be a gay affirmative therapist if you are gay and not out." Redes wat vir dié siening verstrek word, is onder meer die feit dat 'n terapeut se skuheid ten opsigte van sy/haar oriëntasie as versterking dien vir dieselfde gevoelens in die cliënt (Cornett 1995:83), sowel as vir geheimhouding (Frommer 1999:57); en dat 'n terapeut wat openlik is met betrekking tot sy/haar oriëntasie vir die cliënt as 'n positiewe rolmodel dien, byvoorbeeld ten opsigte van integriteit en trots (Cornett 1995:84). Cornett (1995:84) dui aan dat, selfs jare na die terminering van terapie, cliënte die onthulling dat die terapeut homoseksueel is, as baie positief beleef.

Dit kom voor asof 'n cliënt dit as baie ongeloofwaardig ervaar wanneer 'n homoseksuele terapeut sy/haar homoseksuele oriëntasie verswyg en dat negatiewe gevoelens jense homoskualiteit op dié wyse versterk word.

In die volgende afdeling word die feit dat die homoseksuele cliënt 'n terapeut met dieselfde oriëntasie verkies, bespreek.

### **2.7.7 Verkieslik 'n homoseksuele terapeut**

Dit kom voor asof die homoseksuele cliënt verkieslik na 'n sielkundige met dieselfde seksuele oriëntasie sal gaan: "The findings offer qualified support for therapist-client matching on sexual orientation for gay and lesbian clients" (Liddle 1996:398). Redes wat hiervoor aangegee word, is onder meer die feit dat die homoseksuele terapeut op dieselfde golflengte as die cliënt is ten opsigte van ervaringswêreld, taalgebruik,

en so meer. Die siening is ook dat die homoseksuele terapeut meer begrip sal hê vir gestigmatiseerde ervarings en die vermoë sal hê om iets goeds ten opsigte van homoseksualiteit te modelleer (Milton & Coyle 1999:50). 'n Kliënt som dit só op: “I didn't believe that a straight therapist would be able to understand my experience of my sexuality, and accept it, and really understand what is happening for me” (Milton & Coyle 1999:51).

Dit is waarskynlik baie moeilik vir die homoseksuele kliënt om sy/haar seksualiteit in diepte met 'n heteroseksuele persoon te bespreek, miskien juis as gevolg van die diepgewortelde vooroordeel wat bestaan. Davies (2000:98) is van mening dat 'n heteroseksuele persoon waarskynlik minder persoonlik gemotiveer sal wees om moeite te doen om op die hoogte van sake te kom met betrekking tot dít wat vir die homoseksuele persoon van belang is.

In die literatuur word ook aandag gegee aan die feit dat 'n persoon se seksuele oriëntasie nie oorbeklemtoon mag word nie. Vervolgens word daarby stilgestaan.

### **2.7.8 Balans ten opsigte van seksuele oriëntasie**

Soms ontstaan 'n “wanbalans” in dié opsig dat die sielkundige die kliënt se oriëntasie oorbeklemtoon en die meeste van of al sy/haar probleme daaraan toeskryf. Harrison (2000:39) dui dan ook aan dat die gevaar bestaan dat 'n terapeut *a/* 'n kliënt se probleme na sy/haar seksuele oriëntasie sal kanaliseer. Milton en Coyle (1998:74; 1999:47) sluit hierby aan wanneer hulle aandui dat seksuele oriëntasie in baie gevalle oorbeklemtoon word in die hantering van homoseksuele mense, as sou *a/* hul of meeste van hul probleme *per se* aan hul seksuele oriëntasie toegeskryf kan word. Volgens Jones en Gabriel (1999:216) het twee derdes van kliënte in 'n studie wat gedoen is, om ánder redes as hul oriëntasie na 'n sielkundige toe gegaan: “This suggests that many lesbians and gay men enter therapy for the same reasons as do heterosexuals, dissatisfaction with their relationship, their work life, their general sense of happiness and well-being, etc.”

Vervolgens word die korrekte siening van die homoseksuele verhouding behandel.

### **2.7.9 Korrekte siening van homoseksuele verhoudings**

’n Homoseksuele verhouding word dikwels deur die breë samelewing as ’n blote karikatuur van die heteroseksuele verhouding beskou: “Our culture teaches us that the love shared between two women or two men can only be inferior, a lesser and laughable form of intimacy, and a mockery of real sex. Gay desire, affection, intimacy are always described by society in terms of being lesser” (Kaufman & Raphael 1996:187). Radkowsky en Siegel (1997:193) beaam dit. Sielkundiges trap dikwels in dieselfde slaggat.

In werklikheid is die teendeel reeds bewys. Daar is gevind dat daar in die deursnee homoseksuele verhouding meer harmonie en buigsaamheid is as in die deursnee heteroseksuele verhouding, met harmonie in verhoudings tussen vroue die hoogste (Laird 1996:204).

Probleme waarmee homoseksuele pare worstel en uiteindelik hulp soek, kan wissel van algemene kommunikasieprobleme, seksuele probleme en probleme ten opsigte van hul beroepe tot by probleme wat die bekendmaking van hul oriëntasie aan familie, vriende en kollegas betref (Division 44 2000:1444). Wat laasgenoemde probleem betref, dui Saari (2001:649) onder meer aan dat die openlikheid al dan nie waarmee homoseksuele pare met hul oriëntasie omgaan problematies kan wees binne die onderskeie kringe waarin hulle hul bevind.

Dit is belangrik dat sielkundiges homoseksuele verhoudings in dieselfde lig as heteroseksuele verhoudings beskou en dit as sodanig hanteer. Daar behoort nie gekonsentreer te word op die feit dat ’n verhouding tussen twee persone van dieselfde geslag bestaan nie. Dit behoort irrelevant te wees. Die probleem as sodanig behoort aangespreek te word.

In die volgende afdeling word gekyk na riglyne ten opsigte van die opleiding van die sielkundige.

## 2.8 OPLEIDING

Uit alles wat tot dusver gesê is, blyk duidelik dat opleiding van sielkundiges ten opsigte van homoseksualiteit jammerlik in gebreke gebly het. Phillips en Fischer (1998:714) sê dan ook tereg: “For the profession of psychology to provide effective and unbiased services to the LGB population in the future, graduate programs in psychology are one of the most promising agents for change.”

Enkele riglyne in dié verband wat uit die literatuur blyk, is die volgende:

- Daar moet gewerk word aan die self van die terapeut in wording, onder meer ten opsigte van homofobie en heteroseksisme (McCann 2001:81; Stein & Burg 1996:625; Whitman 1995:174). Studente moet ook gedurig gemonitor word met betrekking tot homofobie (Croteau, Bieschke, Phillips & Lark 1998:708; Davies 1996a:51). Persone wat by die opleiding betrokke is, onder meer supervisors en dosente, behoort self ook voortdurend besig te wees met selfondersoek ten opsigte van homofobie (Bieschke, Eberz, Bard & Croteau 1998:740; Buhrke & Douce 1991:231). Pilkington en Cantor (1996:606-608) wys byvoorbeeld daarop dat daar in 'n studie bevind is dat heteroseksisme en homofobie dikwels onder dosente voorkom. Uitsprake wat aanstoot gee, is in die volgende kategorieë geklassifiseer: “ ... pathologizing or diagnosing homosexuality ... stereotyping ... ridiculing homosexuality or gays or lesbians ... curing homosexuality” (Pilkington & Cantor 1996:606-607).
- Kennis van die nuutste navorsing op die terrein is noodsaaklik ten einde uitgediende idees die nek in te slaan (McCann 2001:81; Stein & Burg 1996:624-625). Daar is byvoorbeeld 'n aansienlike hoeveelheid heteroseksisme in van die tradisionele teorieë in die veld ingesluit. Buhrke en Douce (1991:218) sê die volgende in dié verband: “When presenting traditional counseling and human development theories, it is important to point out the heterosexist bias inherent in many theories ... ”

- Mobley (1998:790) en Phillips (2000:348) dui aan dat terapeute in opleiding gereeld kontak met homoseksuele persone behoort te hê. Hulle wys daarop dat blootstelling aan 'n homoseksuele leefwyse noodsaaklik is ten einde effektief met dié persone te kan werk. Persoonlike kontak sal mites die nekslag toedien en sodanige persone sal meer effektief met homoseksuele mense kan werk. 'n Basiese kennis van sekere terme wat deur homoseksuele mense gebruik word, behoort die sielkundige ook te help. Sielkundiges behoort sodanig ingelig te wees dat dit nie nodig moet wees dat kliënte hulle hoof in te lig oor hul leefwyse nie (Davies 1996a:51).
- Kursusse wat oor menslike ontwikkeling handel, behoort modelle van homoseksuele identiteitsvorming in te sluit (Buhrke & Douce 1991:224-225; Davies 1996a:51; Stein & Burg 1996:626; Whitman 1995:174).
- Ten opsigte van terapeutiese tegnieke kan rollespel byvoorbeeld 'n homoseksuele kliënt of terapeut of beide insluit (Buhrke & Douce 1991:220; Phillips 2000:349; Whitman 1995:174). Dit sal geloofwaardigheid aan die oefening verleen.
- Besondere probleme wat binne homoseksuele verhoudings kan opduik, kan behandel word, sowel as gesinsproblematiek wat meegebring word deur die homoseksuele oriëntasie van een of meer gesinslid (Betz 1991:251; Phillips 2000:344).
- Die proses van “uitkom” en hulpverlening aan ouers en gesinslede nadat homoseksuele mense hul oriëntasie bekendgemaak het, behoort aandag te geniet (Davies 1996a:51-52; Whitman 1995:174).
- In multikulturele kursusse, behoort die diversiteit wat binne homoseksuele populasies bestaan, hanteer te word (Buhrke & Douce 1991:221; Whitman 1995:174).

- Dit is belangrik dat studente onderskeidingsvermoë aanleer wat betref die kliënt se probleem – dat alles nie *per se* toegedig kan word aan homoseksualiteit nie (Davies 1996a:51; McCann 2001:81).
- 'n Terrein waar homofobie ook aangespreek behoort te word, is binne supervisie. Davies (1996a:51) het vrae in sy gemoed oor gevalle waar (a) die supervisor en terapeut beide heteroseksueel is en dit handel oor 'n homoseksuele aangeleentheid en (b) die terapeut homoseksueel en die supervisor heteroseksueel is.
- Inligting oor homoseksualiteit kan by individuele kursusse geïntegreer word en aparte kursusse kan ook aangebied word (Phillips & Fisher 1998:714; Phillips 2000:343). 'n Aparte kursus kan egter nie as plaasvervanger dien vir die integrasie van inligting met betrekking tot homoseksualiteit binne die kursus nie (Croteau et al 1998:708). Stein en Burg (1996:626) beklemtoon hierdie feit: “Integration of this material throughout the course of instruction normalizes the life experiences of gay, lesbian, and bisexual persons and presents them in contexts where their sexual orientation is neither problematic nor the focus of clinical attention.”
- Heteroseksisme binne die beroepsveld kan aandag geniet. Beroepe wat veiliger is as ander vir homoseksuele persone kan uitgewys word; die voordele en risiko's daaraan verbonde om jou oriëntasie by die werk bekend te maak en diskriminasie by die werkplek kan bespreek word, ensovoorts (Buhrke & Douce 1991:219; Phillips 2000:345).
- Studente se begrip van hoe heteroseksisme die psigiese, intellektuele, beroeps-, spirituele en finansiële lewens van homoseksuele mense raak, moet verbeter word. (Voorbeeld: Die student moet hom/haar as heteroseksuele persoon in 'n klomp daaglikse aktiwiteite inleef waar die oorgrote meerderheid homoseksueel is. Voorbeelde van voorregte wat heteroseksuele mense geniet, soos byvoorbeeld om in die openbaar toegeneentheid teenoor jou metgesel te betoon, kan bespreek word (Phillips 2000:347).

- Studente behoort aangemoedig te word om soveel moontlik lektuur oor die onderwerp te lees (Mobley 1998:794; Phillips 2000:342-343). Konferensies en besprekings kan ook bygewoon word (Bieschke et al 1998:741).
- Video's van terapisessies met sodanige kliënte kan aan studente getoon word. Positiewe en negatiewe kommentaar kan gelewer word (Phillips 2000:714).
- Tydens praktiese werk en internskap behoort studente geleentheid te kry om onder supervisie met homoseksuele kliënte te werk (Phillips & Fischer 1998:714).
- Seminare oor homoseksuele kwessies kan op gereelde basis aangebied word (Phillips 2002:350).

Wat homoseksualiteit betref, sal die opleidingsproses nooit afgehandel wees nie. Morrow (2000:152) sê tereg: "The complexities of competent therapy with LGB people demand postgraduation and postlicensure experiences in the form of continuing education, supervision and consultation."

## **2.9 TEN SLOTTE**

Dit blyk uit die literatuur dat die sielkundige 'n besondere taak het wat op hom/haar wag ten opsigte van die groot homoseksuele populasie van die samelewing. Volgens Harrison (2000:51) behoort sielkundiges proaktief te raak en gefokus daarop te wees om houdings teenoor homoseksuele mense te verander op 'n makrovlak, sodat dit die belang van hulle werk op 'n mikrovlak kan verminder. McCann (2001:82) sluit hierby aan wanneer hy die volgende vraag stel: "Should we not, as therapists, and practitioners, be directing our efforts more to challenging homophobia within society than developing clinical services which, although responsive to the needs of lesbians and gay men, appear to be treating the symptom rather than responding to the root problem?"



## **2.10 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is aanvanklik 'n kort historiese oorsig van homoseksualiteit gegee, waarna die omvang en aard van homoseksualiteit, die begrippe homofobie en heteroseksisme, sowel as probleme wat die homoseksuele persoon in 'n homofobiese, heteroseksistiese omwêreld ervaar, bespreek is. Daarna is die behoeftes van die homoseksuele persoon, redes waarom die homoseksuele persoon sielkundiges besoek, sowel as riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele klient, belig. Ten slotte is riglyne ten opsigte van die opleiding van sielkundiges behandel.

In die volgende hoofstuk word die empiriese ondersoek bespreek.

## HOOFSTUK 3

### NAVORSINGSONTWERP EN BEVINDINGS

#### 3.1 INLEIDING

“Eendag wil ek nog ’n boek skryf oor die siel van die gay persoon. En dit moet die wêreld ingestuur word, vir almal om te lees. Ook en veral vir sielkundiges.” In dié woorde van ’n homoseksuele man lê ’n groot versugting opgesluit. En ook intense pyn.

Met hierdie empiriese navorsing is gepoog om die siel van die homoseksuele persoon ten opsigte van sy/haar belewenis van die sielkundige bloot te lê. Eweneens is gepoog om in dié proses riglyne daar te stel om die sielkundige te help om nader aan ’n “sielsgenootskap” tussen hom-/haarself en die homoseksuele kliënt te kom; om te probeer om ’n geringe bydrae te lewer ten einde uitsprake soos die volgende in die toekoms te verminder: “Hierdie mense (sielkundiges) het van my ’n robot gemaak, ’n monster, want hulle het my geleer om oneerlik met myself te wees. Dit is hoekom mense dikwels hul eie lewens neem, want sielkundiges het hulle op ’n pad gestuur waar daar geen hoop is nie ...”; “Ek was na vele sielkundiges toe. Dit het my heeltemal afgesit, ’n haat in die lewe gegee, ek het heeltemal toegemaak. Die manier waarop hulle my hanteer het ...”

In hierdie hoofstuk word die verloop en uitkoms van die empiriese ondersoek wat uitgevoer is, bespreek. Die navorsingsprobleem, -doel en -metodes kom onderskeidelik aan die orde, waarna die bevindings van die ondersoek uiteengesit word.

### **3.2 NAVORSINGSPROBLEEM**

Die vraag wat die navorsing rig, is die volgende: “Is dit moontlik om riglyne vir opvoedkundige sielkundiges met betrekking tot die hantering van die homoseksuele kliënt daar te stel?”

### **3.3 NAVORSINGSDOEL**

Die doel van die navorsing is om te bepaal:

- Wat beleef die kliënt onderskeidelik as positief en negatief tydens 'n besoek aan 'n sielkundige?
- Watter riglyne kan aan die hand van bogenoemde vir opvoedkundige sielkundiges opgestel word ten opsigte van die hantering van die homoseksuele kliënt?

### **3.4 NAVORSINGSMETODE**

In die sosiale wetenskappe word tussen twee hoofkategorieë onderskei wat die navorsingsproses rig, naamlik kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsing. Soms word dié twee kategorieë ook tydens navorsing gekombineer.

Baie simplisties gestel, word kwalitatiewe navorsing beskryf as 'n metode wat aangewend word wanneer die data wat hanteer word, hoofsaaklik verbaal is. Kwantitatiewe navorsing vind plaas wanneer die data numeries is (De Vos, Schurink & Strydom 1998:15). Gordon (1999:35) sluit hierby aan wanneer sy aandui dat gepoog word om deur middel van kwalitatiewe navorsing vrae soos “wat?”, “waarom?” of “hoe?” te beantwoord, maar nie 'n vraag soos “hoeveel?” nie. Volgens Gordon (1999:35) handel kwalitatiewe navorsing daaroor om dinge te verstaan, in plaas daarvan om dit te meet. Schurink (1998:241) brei op bogenoemde beskrywings uit wanneer sy aandui dat die doel van kwantitatiewe navorsing is om die sosiale wêreld objektief te meet, om hipoteses te toets en menslike gedrag te

voorspel en te kontroleer, terwyl gepoog word om deur middel van kwalitatiewe navorsing sosiale lewe en die betekenis wat mense heg aan die alledaagse lewe, te verstaan. Van der Merwe (1996:290) sluit hierby aan wanneer sy die volgende uitlating ten opsigte van kwalitatiewe navorsing maak: “Die klem lê op ’n beter verstaan van menslike gedrag en ervaring. Daar word gepoog om die prosesse waardeur mense betekenis gee, te verstaan en om te beskryf wat daardie betekenis is.” In bogenoemde beskrywings van kwalitatiewe navorsing word deurgaans benadruk dat gepoog word om menslike gedrag en betekenisgewing te verstaan. In ooreenstemming met die geformuleerde doelstellings van hierdie navorsing is kwalitatiewe navorsing dus die logiese keuse om te volg.

Binne die kategorie “kwalitatiewe navorsing” is besluit om van fokusgroeponderhoude gebruik te maak ten einde die nodige inligting te bekom om die beoogde doelstellings van hierdie navorsing te bereik. Schurink, Schurink en Poggenpoel (1998:314) beskryf ’n fokusgroeponderhoud as die bespreking van ’n spesifieke onderwerp of verwante onderwerpe wat plaasvind tussen agt tot tien individue met gedeelde belangstellings en dieselfde agtergrond. Verbale en nie-verbale kommunikasie, sowel as die wisselwerking van persepsies en opinies wat bespreking sal stimuleer (sonder om noodwendig die menings van deelnemers te wysig), vorm deel van die groepinteraksie. Krueger en Casey (2000:4) sluit hierby aan wanneer hulle die volgende kernagtige beskrywing van ’n fokusgroeponderhoud gee: “The purpose of a focus group is to listen and gather information. It is a way to better understand how people feel or think about an issue, product, or service. Participants are selected because they have certain characteristics in common that relate to the topic of the focus group.” In ooreenstemming met die beskrywings van kwalitatiewe navorsing as ’n wyse waarop gepoog word om menslike betekenisgewing en gedrag te verstaan, lê Krueger en Casey (2000:4) klem op die feit dat ’n fokusgroeponderhoud ’n manier is waarop verstaan kan word hoe mense dink en voel oor ’n saak. In hierdie navorsing, waar gepoog word om homoseksuele persone se belewenisse van sielkundiges te verstaan, blyk fokusgroeponderhoude ’n gepaste keuse te wees om die beoogde inligting te bekom.

In die afdeling wat volg, word algemene opmerkings gemaak ten opsigte van die fokusgroeponderhoude en resultate wat verkry is. Statistiese gegewens in dié verband word ook gegee.

### **3.5 FOKUSGROEPONDERHOUDE**

Om fokusgroepprespondente te kry om aan dié navorsingsprojek deel te neem, was geen maklike taak nie. Faktore wat waarskynlik 'n rol gespeel het in dié verband, is onder meer die diepgewortelde homofobie in die breë samelewing en voortspruitend daaruit, die vrees vir blootstelling. Enersyds het negatiewe ervarings van homoseksuele persone met sielkundiges, hulle huiwerig gemaak om aan die gesprekke deel te neem; andersyds het dit hulle aangespoor in die hoop dat hulle dalk daartoe kan bydra om 'n verskil te kan maak. Hoewel die idee om saam met ander homoseksuele in 'n groep te gesels aanvanklik vir baie “vreesaanjaend” was, het heelwat respondente later erken dat dit vir hulle verrykend was om hul ervarings met ander in dieselfde posisie te deel. Isolاسie is onder meer daardeur opgehef, gemeensaamheid het ontstaan en vriendskappe is gesluit.

Met die oog op spontane deelname, is so min moontlik inligting oor die onderwerp vooraf verskaf. Nadat die fokusgroepprespondente gemaklik gemaak is, is die onderhoude ingelei met 'n vraag na die aanmeldingsprobleem: “Waarom het jy/julle 'n sielkundige/sielkundiges besoek?” Dit is opgevolg met 'n vraag wat inhoudelik die volgende strekking het: “Vertel vir my van jou/julle belewenis/belewenisse tydens 'n besoek/besoeke aan 'n sielkundige/sielkundiges.” Uit die antwoorde wat verskaf is, het verdere vrae spontaan voortgevloei. Aangesien die onderwerp van 'n sensitiewe aard is, is die trant van die onderhoude doelbewus so gemaklik en spontaan moontlik gehou. Bandopnames is van die onderhoude gemaak en die navorser het ook tydens die verloop van die onderhoude aantekeninge gemaak, onder meer van nie-verbale kommunikasie.

Na afloop van die fokusgroeponderhoude is die inhoud daarvan getranskribeer en vervolgens gelees, herlees en onderstreep om met die fynere nuanses van die inhoud vertrouwd te raak. Daarna is begin om die inhoud van die gesprekke te

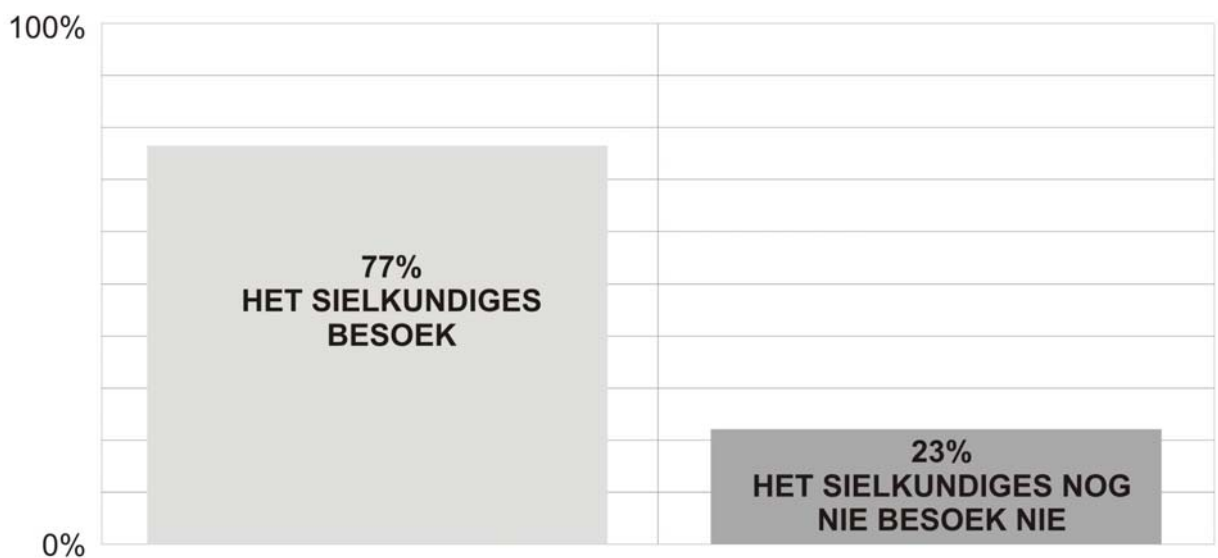
analiseer en wel op die volgende wyse: Met verskillende kleure penne is die inhoud volgens temas gekodeer, uitgesny en op verskeie kartonne geplak. Daarna is die inhoud gefynkam vir onderlinge verbande wat moontlik bestaan. (Die klankkasette en transkripsies is in die navorser se besit.) Die temas en verbande wat geïdentifiseer is, is deur 'n sielkundige geverifieer.

In Figuur 3.1 word enkele statistiese gegewens ten opsigte van proefpersone wat by die empiriese ondersoek betrek is, gegee. Altesaam sewe fokusgroeponderhoude is gevoer, waaraan 53 respondente deelgeneem het. Met die uitsondering van een groep wat net uit mans bestaan het, was al die ander groepe gemeng. Die verdeling mans tot dames was min of meer gelyk (27 mans en 26 dames). Van die 53 groeplede, het 41 (77%) reeds van sielkundige hulp gebruik gemaak (sien Figuur 3.2). Die verdeling mans tot dames wat al by sielkundiges was, is weer eens min of meer gelyk – 21 mans en 20 dames. Tussen hulle het hulle altesaam 91 sielkundiges besoek. Sommige groeplede het soveel as 5 sielkundiges besoek. Die insidensie is dus hoog. Slegs 12 groeplede het nog nie van sielkundige hulp gebruik gemaak nie. Wat laasgenoemde groep betref, het hul lewensmaats en/of vriende wel reeds van sielkundige hulp gebruik gemaak. Op dié wyse kon hulle dus insette lewer. Die ouderdomme van die respondente het gewissel van 23 tot 50 jaar. Jonger persone was nie so geneë om deel te neem nie. Die rede hiervoor is dat blootstelling vir hulle moontlik groter bedreiging inhou as vir die ouer persoon, wat reeds lewenservaring opgedoen het.

**FIGUUR 3.1: STATISTIEK FOKUSGROEPE**

GROEP	MANS	DAMES	TOTAAL	GROEPELEDE SIELKUNDIGE BESOEK		GROEPELEDE NIE BY SIELKUNDIGES	AANTAL SIELKUNDIGES BESOEK
				MANS	DAMES		
1	3	7	10	3	5	2	24
2	6	2	8	4	2	2	10
3	2	5	7	2	4	1	13
4	8	-	8	6	-	2	12
5	2	5	7	2	3	2	6
6	5	1	6	3	1	2	7
7	1	6	7	1	5	1	19
TOTAAL	27	26	53	21	20	12	91

**FIGUUR 3.2: BESOEKE AAN SIELKUNDIGES**



Wat beroepe betref, was die fokusgroeprespondente verteenwoordigend van die breë samelewing: Professore aan universiteite, ekonome, prokureurs, mediese spesialiste, onderwysers, argitekte, tiksters, predikante, mense wat klerklike werk doen, grafiese ontwerpers en vele meer het deel uitgemaak van die gespreksgroepe.



Vervolgens word na die aanmeldingsprobleem gekyk, dit wil sê die redes waarom by sielkundiges aangeklop word vir hulp.

### 3.6 AANMELDINGSPROBLEEM

Uit die vorige afdeling blyk dit dat 77% van die fokusgroepprespondente sielkundiges besoek het. Sommige het selfs by soveel as vyf sielkundiges vir hulp aangeklop. Die problematiek waarmee die deursnee homoseksuele persoon te doen het, noop vele van hierdie mense om vir terapie te gaan. Oor die homoseksueel se lewe binne die homofobiese omwêreld sê een van die fokusgroepprespondente byvoorbeeld die volgende: “Ons het nie ’n maklike lewe nie. Ná jare se worsteling is ek nou op 50 relatief *happy* met myself. Maar dis steeds nie maklik om as gay mens in die heteroseksuele samelewing te funksioneer nie.”

Die aanname is dikwels dat homoseksuele persone *per se* oor hul homoseksuele oriëntasie na sielkundiges toe gaan; die probleme rondom selfaanvaarding, identiteitsvorming, aanpassing in die samelewing, en so meer. Soms is bogenoemde wel die geval, soos blyk uit die volgende aanhalings: “Toe’t ek matriek geskryf en ek kon nie aanpas in die samelewing nie. Dit was vir my baie hard gewees. Ek het nooit uitgegaan nie. Ek het nie gepraat oor wat ek is of niks nie. Ek het geweet ek is anders en dis nou maar dit. Toe’t ek eendag besef ek sal moet gaan as ek wil aanpas, want ek het niemand vertrou nie; ek was heeltemal in my eie wêreld ...”; “Ek het die heelyd geweet ek soek iets, maar kry dit nie. By al die sielkundiges het ek gesê ek soek iets ... dit was daai eerlikheid. Ek wou eerlik wees met myself.”

Daar is egter ook ander redes waarom homoseksuele persone hulp gaan vra by sielkundiges. Uit die fokusgroeponderhoude het na vore gekom dat mense dikwels op aandrang van hul ouers sielkundiges besoek. In die meeste gevalle is dit ’n vergeefse oefening: “My pa vang my en een van my pêle in ’n omhelsing in die kombuis. Ek’s dadelik in die kar geboender sielkundige toe ... toe hy begin praat toe sien ek hy *worry* nie hoe ek voel nie – hy gaan my *straight* maak in een sessie”; “Die eerste ding: my ma-hulle het gesê ek het ’n probleem, ek moet na ’n sielkundige toe gaan. Ek het gesê ek wil nie – as ek na een toe wil gaan, wil ek na ’n neutrale een

toe gaan, want sy ken baie sielkundiges en wou hê ek moet na een toe gaan wat sy ken. *I don't trust them*, want hulle gaan weer vir haar sê"; "Baie van ons het gegaan omdat ons ouers so gesê het; hulle maak jou voel of jy nie pas nie; asof daar iets fout is met jou."

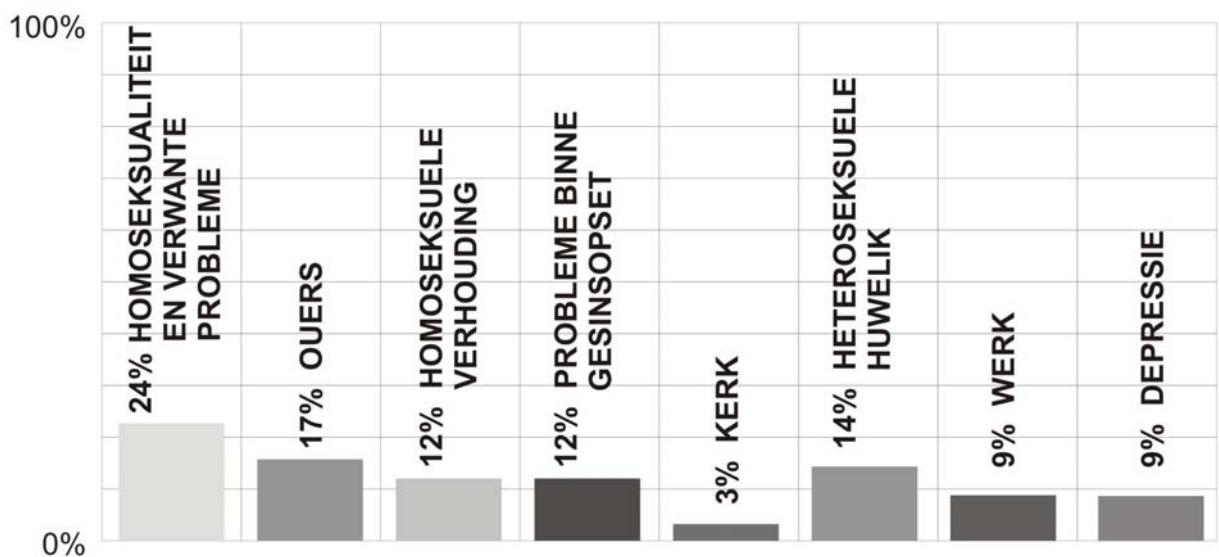
Nog redes wat uit die navorsing geblyk het, is onder meer probleme binne die heteroseksuele huwelik (by persone wat in daardie stadium nog in die huweliksverhouding was); probleme binne 'n homoseksuele verhouding, depressie en probleme binne die gesinsopset (terwyl die homoseksuele persoon nog as onvolwassene deel is van die gesinsopset). Soms moet 'n persoon ook binne werksverband 'n sielkundige besoek. Wat laasgenoemde betref, was daar in die verlede skrikwekkende praktyke aan die orde van die dag: "Toe ek my oë uitvee toe is ek, die sielkundige, die predikant en die maatskaplike werkster in 'n klein kantoortjie ingedruk. Hulle het besluit ek is gay, nog voordat ek self nog mooi geweet het en my werkgewer wou my in die pad steek. Ek het alles ontken en myself uit die situasie probeer kry. Daarna het ek 'n baie lae profiel gehandhaaf tot en met '95. Daardie sielkundige was aangestel deur my werkgewer en hy moes my *straight* maak. Genees of uit." Van die manlike respondente het ook vertel hoe hulle tydens die weermagdae in die tagtigerjare aan aversieterapie blootgestel is.

Die meeste van bogenoemde faktore hou direk of indirek met die persoon se homoseksuele oriëntasie verband, soos byvoorbeeld die volgende geval waar 'n man se homoseksuele oriëntasie tot huweliksprobleme aanleiding gegee het: "Ek is getroud op 22 en ek was amper 23 jaar getroud. In daardie 23 jaar was ek en my vrou 'n paar keer by sielkundiges. Eers sy en dan ek en dan saam en net voor dit by die vreeslike van homoseksualiteit aankom, dan hol ek weg." Die volgende is ook 'n voorbeeld: "In die verhouding waarin ek was, was daar baie probleme. Die persoon saam met wie ek was het probleme gehad met haar gaywees en daaruit het baie probleme gespruit. Dit het ons verhouding natuurlik beïnvloed." Depressie kan ook in sommige gevalle met probleme wat uit die homoseksuele oriëntasie spruit, verbind word. In ander gevalle kan dit as losstaande daarvan gesien word, soos die volgende respondent getuig: "Sy het depressie as gevolg van 'n chemiese wanbalans. Behandel haar dan as 'n persoon wat depressie het as gevolg van 'n chemiese wanbalans en nie as 'n gay persoon nie."

Dit is duidelik dat sommige van die genoemde faktore met homoseksualiteit verband hou, maar dit hóéf nie noodwendig nie. Homoseksuele persone ervaar dit as negatief dat sielkundiges dikwels, ongeag die probleem, op die kliënt se homoseksuele oriëntasie fokus. Sielkundiges moet dus daarteen waak om álle probleme wat homoseksuele mense ervaar, aan hul seksuele oriëntasie toe te skryf. 'n Homoseksuele predikant sê in dié verband die volgende: “Ek kry met baie mense te doen wat oor ander (nie homoseksueel-verwante) probleme by sielkundiges uitkom; êrens langs die pad kom dit dan uit dat die persoon homoseksueel is en dan word net daarop gefokus.”

Figuur 3.3 sit die statistiek ten opsigte van die aanmeldingsprobleem wat in die fokusgroeponderhoude na vore gekom het, uiteen. Altesaam 24% van die respondente het met probleme ten opsigte van hul homoseksuele oriëntasie as sodanig na sielkundiges toe gegaan. In 17% van die gevalle het die respondente se ouers daarop aangedring dat hulle sielkundiges besoek. Die persentasieverdeling ten opsigte van die ánder redes waarom die fokusgroepprespondente sielkundiges besoek het, is soos volg: Probleme binne die heteroseksuele huwelik (14%); probleme binne die gesinsopset, terwyl die persoon as onvolwassene deel is daarvan (12%), probleme binne die homoseksuele verhouding (12%); depressie (9%); probleme binne werkverband (9%) en probleme binne kerkverband (3%).

**FIGUUR 3.3: AANMELDINGSPROBLEEM**



Tydens die fokusgroeponderhoude het heelwat inligting ten opsigte van die respondente se belewenis van sielkundiges na vore gekom. Vervolgens word daarop ingegaan.

### **3.7 DIE HOMOSEKSUELE PERSOON SE BELEWENIS VAN SIELKUNDIGES**

Sekerlik een van die dringendste behoeftes van die homoseksuele persoon is om normaal behandel te word. Die volgende woorde van fokusgroepprespondente bevestig dit: “Hanteer my soos enige normale persoon; moet my nie as gay mens sien nie, maar as mens”; “Al wat ons wil hê, is aanvaar ons soos gewone mense – nie iets abnormaals nie”; “Elke gay mens se droom is net om soos ’n gewone mens hanteer te word”; “Ek wil hê hulle moet my op gelyke voet met die *straight* persoon behandel”; “Ek is nie gay en dan \*Marie nie; ek is net Marie”; “Moet my nie as moffie behandel nie, maar as mens”; “Behandel my as ’n doodgewone mens – ’n vegetariër word nie anders behandel as mense wat vleis eet nie. Dis ook ’n voorkeur.”

Bogenoemde woorde kom van fokusgroepprespondente wat almal reeds by sielkundiges was en die ervaring as baie negatief beleef het; waar hulle onder meer gevoel het dat hulle menswaardigheid aangetas is. Altesaam 75% van die fokusgroepprespondente se belewenisse by sielkundiges kan as negatief beskryf word. Een van die fokusgroepprespondente het byvoorbeeld te kenne gegee dat hy dit nodig ag om, wanneer hy deesdae na ’n sielkundige toe gaan, met die instap te vra of die persoon “gayvriendelik” is, omdat hy uit ervaring geleer het dat dit nie ’n vanselfsprekendheid is nie! ’n Jong homoseksuele vrou bevestig dit wanneer sy aandui dat sy na ’n sielkundige toe gegaan het om haar “te help om te glo dat gaywees nie ’n *issue*” is nie. Volgens haar was dit egter ’n nuttelose oefening, aangesien dit vir die *sielkundige* steeds ’n *issue* was.

In die volgende afdeling val die soeklig op fokusgroepprespondente se negatiewe belewenisse van sielkundiges.

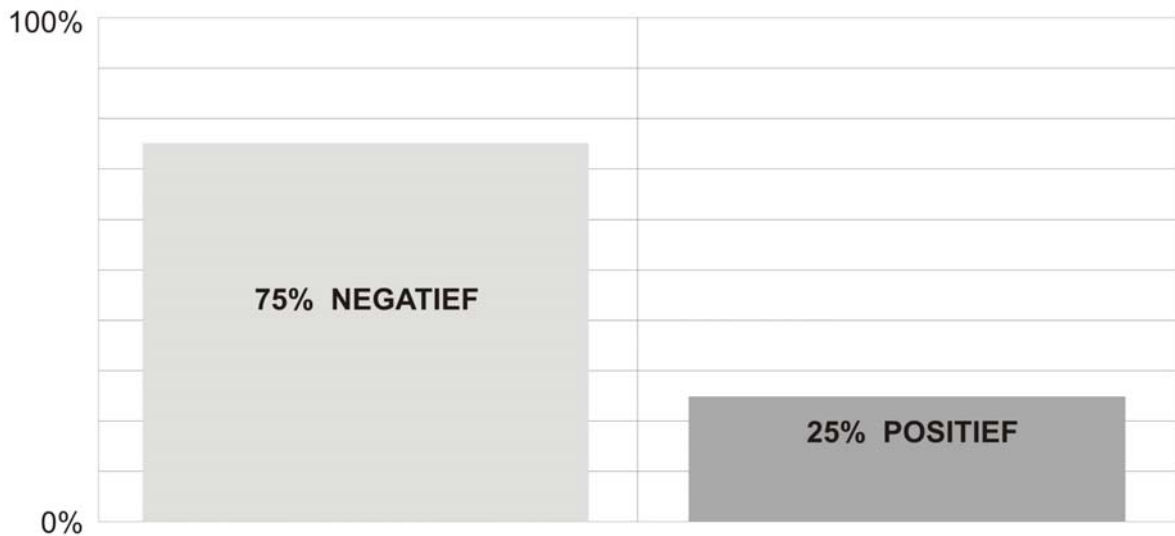
### **3.7.1 Negatiewe belewenisse**

Figuur 3.4 toon die verdeling negatief teenoor positief ten opsigte van die fokusgroepprespondente se ervarings tydens besoeke aan sielkundiges. Dit is duidelik dat die oorwig ervarings negatief was.

---

\* Skuilname word gebruik om kliënte se identiteit te beskerm

**FIGUUR 3.4: HOMOSEKSUELE PERSONE SE BELEWENISSE VAN SIELKUNDIGES**



Spesifieke probleemareas wat na vore gekom het, is onder meer die volgende:

#### **3.7.1.1 Gebrek aan kennis en insig**

Dit kom voor asof 'n gebrek aan kennis en insig die spreekwoordelike wortel van die kwaad is wat die sielkundige se hantering van die homoseksuele kliënt betref, aangesien dit kan aanleiding gee tot 'n magdom wanpersepsies en mistastings wanneer met die homoseksuele kliënt gewerk word.

Die algemene gevoel onder fokusgroepprespondente was dat die deursnee sielkundige wat dit betref jammerlik in gebreke bly. Uitsprake soos die volgende dien as bevestiging daarvan: “Toe ek die eerste keer na een (sielkundige) toe gegaan het, het ek nie geweet daai persoon weet nie van gays nie. Ek weet mos van gaywees my hele lewe. As hulle (sielkundiges) dieselfde agtergrond het van gays as wat hulle het van normale mense, sal hulle seker kan help, maar nou weet hulle nie veel nie”; “Eintlik waarop dit neerkom, as hulle nie weet nie, dan sny hulle uit”; “Miskien omdat sy (sielkundige) ook maar nie geweet het nie; baie van hulle weet regtig nie veel nie”; “Ek het gebrek aan kennis by hulle herken”; “Noudat ek daaraan dink: ek dink sielkundiges gaan verskriklik sukkel met die *gay scene*. Jou *butch*, jou *femme*, jou *drag queen* – elkeen is anders – so hulle gaan baie sukkel”; “As mens kyk na sielkundiges se houdings en vooropgestelde idees; as dit gaan oor oninge-

ligtheid, is dit 'n weerspieëling van die breër populasie se oningeligtheid. Dit behoort aangespreek te word deur opleiding.”

Die meeste van die fokusgroeprespondente se verwagtings ten opsigte van sielkundiges sentreer dan ook rondom kennis, insig en voortspruitend daaruit, begrip vir die homoseksuele persoon se situasie: “Elke sielkundige moet gaan navorsing doen; hulle moet weet waarom dit gaan”; “Die sielkundige moet in die gay persoon se skoene kan staan, en die basiese beginpunt van die proses is kennis”; “Boekekennis is belangrik ja, maar méér as dit is nodig – tydens opleiding behoort hulle kontak te hê met gays; met hulle gesels sodat hulle insae in die siel van die gay persoon kry.”

Dit is duidelik dat die sielkundige 'n besondere opgaaf het wat die inwin van kennis betref. Daarsonder sal dit 'n sinlose poging wees om met 'n homoseksuele persoon te probeer werk.

### **3.7.1.2 Redusering tot seksobjek**

Dit blyk duidelik dat homoseksuele persone dit uiters negatief ervaar wanneer hulle gereduseer word tot seksobjek. Binne die breë samelewing is dit die één faktor van die homoseksuele persoon se lewe wat sensasie wek, en waarop daar ten onregte gefokus word. Die homoseksuele persoon se lewe het nie minder of meer met seks te make as die heteroseksuele persoon s'n nie.

Dit is egter nie net binne die breë samelewing waar die homoseksuele persoon tot seksobjek gereduseer word nie. Ook sielkundiges lê dikwels té veel klem op die homoseksuele persoon se seksualiteit. Enkele aanhalings uit die fokusgroep-onderhoude ter staving daarvan is die volgende: “Sy’s getroud en *straight* en als en toe sê sy vir my sy’t soms fantasieë oor seks met vrouens. Dis die laaste ding wat ek toe wou hoor, want ek wou nie hoor van gaywees in terme van die seksuele nie. Ek was nog jonk en onskuldig. Eintlik wou ek net hê sy moet my help om tot die punt te kom dat ek myself moet aanvaar. Toe sê sy ek moet gaan eksploreer; by vroue slaap om uit te vind of ek gay is”; “Jy kom omdat daar iets met jou siel verkeerd is ... nie jou lyf nie – jy gaan mos nie na 'n seksterapeut toe nie”; “Dis weer die seksuele

ding; hulle besef nie dit lê baie diep in jou menswees nie – die mens bestaan uit liggaam, siel en gees. Hulle (sielkundiges) kyk teen die liggaam vas”; “Ek was na vele sielkundiges toe. Alles gaan oor seks. Hulle vra die hele tyd oor die seksuele aspek. Dan wonder ek: wat gaan in daardie mense se koppe aan? By elkeen was dit dieselfde storie ... seksueel ... seksueel ... seksueel”; “My ouers het my na ’n sielkundige toe gevat, toe sê hy koop vir jou ’n *Scope* en masturbeer, dan gaan jy regkom.”

’n Manlike homoseksuele akademikus som dit soos volg op: “Gayness is not about whom you sleep with. It’s about your whole life – emotional, spiritual – every aspect of you. Many straight people – also psychologists – see you in terms of sex.”

Fokusgroeppresondente voel dat hul menswees aangetas word wanneer hulle gedegradeer word tot ’n seksobjek. Die algemene gevoel is dat die deursnee heteroseksuele mens se lewe tog ook nie net uit seks bestaan nie; waarom word dié aanname dan gemaak ten opsigte van homoseksuele persone?

### **3.7.1.3 Die belewing van afstand en ’n gebrek aan empatie**

’n Groot aantal homoseksuele persone ervaar nie werklik empatie, warmte en meelewing by sielkundiges nie: “Die eerste een se houding teenoor my was: afstand”; “Ek kan drie sielkundiges onthou uit daai tyd, ’n mens kon nie met hulle gesels nie – hulle was op ’n afstand.” Een man stel dit soos volg: “Soms is daar nie soseer verwerping nie, maar daar is nie totale aanvaarding nie.” Vooroordeel en homofobie kan moontlik hieraan gekoppel word.

Wanneer ’n homoseksuele persoon binne die eerste paar minute van ’n sessie die atmosfeer as koud en nie-empaties beleef, het daardie sielkundige dus reeds die kliënt verloor. ’n Homoseksuele man stel dit só: “Op skool was ek altyd die *loner*, die *slappie* en die *trassie*. Ek moes jare lank moed bymekaarskraap om ’n sielkundige te gaan sien. En toe’s die atmosfeer só koud .... Ek het nooit weer gegaan nie.”

Juis omdat die homoseksuele persoon soveel verwerping in die breë samelewing beleef, het hy/sy ’n intense behoefte aan aanvaarding sonder voorbehoud. Afstand



van die sielkundige se kant, en 'n koue, nie-empatiese atmosfeer, sein onmiddellik die boodskap oor dat hy/sy weer eens nie aanvaar word nie.

#### **3.7.1.4 Onvermoë om situasie te hanteer en vermyding van aangeleentheid**

Heelwat sielkundiges weet nie hoe om die situasie te hanteer wanneer dit blyk dat 'n kliënt homoseksueel is nie. Dit kan moontlik toegeskryf word aan 'n gebrek aan kennis en/of vooroordeel en/of homofobie. Gevolglik skram sommige sielkundiges weg van die aangeleentheid: “Die tweede een na wie toe ek gegaan het was *straight* – sy het nou weer vir my die *issue* heeltemal vermy. Heeltemal”; “Nee, sy het glad nie geweet hoe om die situasie te hanteer toe sy besef ek’s gay nie”; “Sy was net so geskok oor die gay-*issue* as ek. Ek dink nie sy wou my weer sien nie.”

Homoseksuele kliënte ervaar dit as verwerping, aangesien die sielkundige ongemaklik is met wie en wat die kliënt is. Die ongemak wat die terapeut ervaar, veroorsaak weer ongemak by die kliënt – dit het dus 'n sneeubalreaksie. Frases wat dikwels deur die fokusgroepprespondente gebruik is, is: “Ek het ongemaklik gevoel”; “Ek het nie gemaklik gevoel in die situasie nie”; “I did not feel comfortable.” Bogenoemde scenario noop die kliënt dikwels om 'n rol te speel en nie sy/haar ware self te wees nie, maar die aangepaste self. Volgens die fokusgroepprespondente mis die besoek aan die sielkundige in só 'n geval sy doel en is verwysing verkieslik.

#### **3.7.1.5 Pogings om seksuele oriëntasie te verander**

Ten spyte van die feit dat homoseksualiteit reeds sedert 1973 nie meer as 'n siekte beskou word nie, is daar steeds sielkundiges wat dit as sodanig beskou en kliënte probeer “genees”. Van die fokusgroepprespondente het soos volg daarvoor getuig: “Daardie sielkundige was aangestel deur my werkgever en hy moes my *straight* maak. Genees”; “Hy’t gesê word *straight* en jou hele situasie sal verander”; “Op 34 jaar probeer hulle my toe *straight* kry”; “Ek het met iets heeltemal anders na die sielkundige toe gegaan. Toe hy hoor ek is gay sê hy as ek *straight* word, sal ek sien my hele lewe sal verander.”

Die skade wat deur hierdie pogings tot genesing aangerig word, is onberekenbaar, want die homoseksuele persoon se hele menswees word daardeur negeer.

### **3.7.1.6    *Hantering van homoseksuele verhoudings***

Homoseksuele persone voel dat sielkundiges dikwels 'n hoër premie op heteroseksuele verhoudings as homoseksuele verhoudings plaas en dit nie met dieselfde erns benader nie: “Om een of ander rede sien die samelewing, sielkundiges ingesluit, getroude heteroseksuele persone se verhoudings in 'n ander lig as 'n homoseksuele verhouding; hulle sien dit as minderwaardig.” 'n Vroulike respondent verduidelik die ooreenkomste tussen 'n homoseksuele en 'n heteroseksuele verhouding soos volg: “Wat die mense uit die oog verloor en nie verstaan nie, is dat 'n gay verhouding op presies dieselfde beginsels werk as 'n *straight* verhouding. Ons het op dieselfde manier lief, kry ook seer, word hartseer ... Die enigste verskil is dat jou maat van dieselfde geslag is as jy.”

Wanneer twee homoseksuele lewensmaats se paaie uitmekaar loop, beleef hulle dieselfde trauma as wat heteroseksuele persone tydens 'n egskeiding beleef. Omdat die samelewing met 'n “heteroseksuele bril” daarna kyk, kry homoseksuele persone dikwels min hulp en onderskraging in dié verband, in teenstelling met hul heteroseksuele eweknieë.

'n Homoseksuele pastoor benadruk dat sielkundiges moet besef dat 'n homoseksuele verhouding, nes 'n heteroseksuele verhouding, geleentheid moet kry om te groei en dáárin behoort sielkundiges homoseksuele persone te lei. Só 'n verhouding behoort deur dieselfde fases as 'n heteroseksuele verhouding te gaan - die spreekwoordelike “verlief-verloof-getroud-stadia”. Hy stel die vraag of die feit dat die samelewing dié stadia in die homoseksuele verhouding nie erken nie, en die homoseksuele persoon nie gegun word om sy/haar verhouding openlik uit te leef nie, nie tot die kortstondigheid van menige homoseksuele verhouding bydra nie.

### **3.7.1.7    *Oorskryding van grense op seksuele gebied***

Hoewel die oorskryding van grense op seksuele gebied tydens die fokus-groeponderhoude nie veel prominensie gekry het nie, is dit tog geopper. In twee gevalle het respondente gevoel dat sielkundiges grense oorgesteek het, hoewel daar

nie sprake was van 'n verhouding tussen die betrokke partye nie: “Dit het vir my gevoel asof sy 'n *move* op my maak. Dis die een wat ook gay was. Dit het my ongemaklik laat voel. Dit het gevoel of sy in my persoonlike spasie inkom en ek het nie daarvan gehou nie”; “The two of us went separately and together. She (psychologist) was gay. I heard that she had a tendency to fall for gay clients and lead them astray. Some of the things she did with my partner I was not comfortable with.”

In 'n ander geval wat genoem is, het daar wél 'n verhouding tussen die kliënt en sielkundige ontstaan: “Een van my vriendinne het in só 'n situasie geland. Die sielkundige was gay. Sy (vriendin) en die sielkundige was albei in verhoudings. Die sielkundige se verhouding loop toe op die rotse. Daar ontwikkel toe iets tussen hulle. Dit was uiters onprofessioneel. Dit het my vriendin se hele lewe opgebreek.”

Net soos in die geval van die heteroseksuele terapeut en kliënt, is die oorskryding van grense op seksuele gebied uiters onprofessioneel en definitief taboe. Dit word duidelik in die Beroepsraad vir Sielkunde se etiese kode uiteengesit. Sodra 'n homoseksuele terapeut voel dat daar die geringste kans is dat grense op die terrein van die seksuele oorgesteek kan word van een of albei kante, behoort sodanige kliënt onmiddellik verwys te word.

#### **3.7.1.8 Toetsing**

Dit kom voor asof die afneem van projeksietoetse en ander hulpmiddels wat tydens die terapeutiese proses aangewend word, met groot omsigtigheid hanteer behoort te word, aangesien dit as nutteloos beleef kan word deur die kliënt, soos blyk uit die volgende aanhalings: “Die eerste een by wie ek was het my toetse laat skryf en prentjies laat teken. Ek het nie weer gegaan nie”; “Ek het baie prentjies geteken en toetsies geskryf, maar dit was dit”; “Sy het my baie goed laat doen – teken, stories vertel, en so meer. Daar het nie eintlik verder iets gebeur nie.” 'n Manlike homoseksueel sê dat hy baie moed aan die dag moes lê om vir die terapeut te vertel dat hy homoseksueel is. Na dié mededeling moes hy “... toetse skryf, prentjies teken en stories vertel” en daarna het sy vir hom gesê hy is waarskynlik nie homoseksueel

nie. Volgens hom het sy prentjies en toetse nodig gehad om hom iets te vertel wat van alle waarheid ontbloom is.

Fokusgroepprespondente het die inskakeling van projeksietoetse en ander hulpmiddels ook as koud en klinies beleef. Sommige respondente het byvoorbeeld aangedui dat hulle die gevoel gekry het dat terapeute hul ongemak op dié manier wou wegsteek; byna asof hulle afstand wou kry. Dit moet gesien word teen die agtergrond dat die homoseksuele persoon se eerste en dringendste behoefte waarskynlik is om warmte en onvoorwaardelike aanvaarding te beleef.

Uit bogenoemde gedeelte is dit duidelik dat die inskakeling van projeksietoetse en ander hulpmiddels dikwels deur die kliënt as negatief beleef word en die terapeutiese proses kan skaad. Daarom behoort dit met groot oorleg aangewend te word.

#### **3.7.1.9 *Homoseksuele terapeut wat voorgee om heteroseksueel te wees***

Iets wat geblyk het 'n sterk aversie by die homoseksueel uit te lok, is 'n homoseksuele terapeut wat voorgee om heteroseksueel te wees, dit wil sê 'n heteroseksuele front voorhou en sy/haar oriëntasie verswyg en/of ontken. Die homoseksuele kliënt beskou dit as uiters ongeloofwaardig: "Ek sal geen vertroue hê in so 'n persoon nie. Dis nie geloofwaardig nie. Die gay kliënt gaan dit binne die eerste vyf minute agterkom. As hy (sielkundige) homself nie aanvaar nie, hoe gaan hy my aanvaar?"; "Ek sal vir hom/haar sê: klim uit die kas uit. Dit help nie jy kruip weg nie. Jy's nie eerlik met jouself nie."

Die homoseksuele persoon voel dat só 'n terapeut van hom/haar verwag om "al sy/haar kaarte op die tafel te plaas". Die terapeut is op sy/haar beurt egter nie bereid om dit te doen nie. Die vertrouensverhouding word geruïneer in die proses.

Die fokusgroepprespondente voel dat terapie in 'n sodanige geval geen doel dien nie; hulle voel trouens dit sal die terapeutiese proses skade berokken. In 'n geval soos dié behoort 'n kliënt die terapie te staak en na 'n ander terapeut te gaan.

Vervolgens word 'n opsomming gegee van negatiewe frases/sinne wat tydens die fokusgroeponderhoude deur die fokusgroepprespondente geuiter is.

### **NEGATIEWE FRASES/SINNE UIT FOKUSGROEPONDERHOUD**

- Toe't ek vir 'n ruk gevoel ek wil nie na 'n sielkundige toe gaan nie, want dit help niks nie.
- Die een sê dit, die een sê dat – op die ou end weet jy nie wat om te doen nie.
- Dit sê vir jou niks nie; jy kan niks daarmee doen nie.
- Hy't nie insig gehad nie; dit het vir my niks beteken nie.
- Dat 'n sielkundige so argaïes kan wees ...
- Hulle (sielkundiges) het my heeltemal afgesit.
- Toe ek vir hom sê ek's gay toe draai hy om; hy was te ordentlik om koebaai te sê, maar hy wou.
- Heeltemal onrealisties die goed wat sy wou hê ek moes doen.
- Op die ou einde was dit amper asof ek haar sielkundige was in plaas van andersom; sielkundiges is van die eensaamste mense op aarde – niemand verstaan hulle nie.
- Sy't my glad nie gehelp nie; intendeel – sy't my ingedruk in iets waarvoor ek nie gereed was nie.
- He didn't recognize that I have a problem. He then said: 'Looks like you're coping well ...'
- At the end he said: 'You don't deserve this (which I knew) – come and see me again some time.' No thank you!
- Dit was die laaste sien van 'n sielkundige.
- Die ervaring was glad nie positief nie – niks positiefs nie.
- Dit sê vir jou niks nie; jy kan niks daarmee doen nie.
- Vir my het dit nie gewerk nie; miskien was ek nie by die regte mense nie.

Hoewel die grootste persentasie van die belewenisse van die fokusgroep-respondente by sielkundiges negatief was, was daar tog positiewe belewenisse, wat in die volgende afdeling behandel word.

### 3.7.2 Positiewe belewenisse

Die meeste van die positiewe kommentaar wat van fokusgroepprespondente ontvang is, is ingebed in 'n positiewe, ontspanne atmosfeer, waar die kliënt gevoel het hy/sy word sonder vooroordeel en as doodgewone mens aanvaar: “Sy’t ons aanvaar nes ons is en daar was nooit 'n gevoel dat sy bevooroordeel was nie. Sy’t ons behandel asof ons in 'n huwelik staan. Ons het nie gevoel sy skram weg van *issues* af nie. Sy het my behandel as Marietjie. Dis dit.” 'n Manlike respondent sê die volgende: “As jy goeie pêle het, het jy dalk nie 'n sielkundige nodig nie.” Iemand wat nog nooit by 'n sielkundige was nie, beaam dit: “My vriende was my sielkundiges. Mense met wie ek kon praat. Net myself kon wees.”

Bogenoemde dui daarop dat die homoseksuele mens nie onrealistiese verwagtings het ten opsigte van die ontmoeting met die terapeut nie – onvoorwaardelike aanvaarding in 'n atmosfeer waar jy net jouself kan wees, is van die hoofvereistes. 'n Vroulike respondent stel dit soos volg: “Ek wou net lekker gaan sit en *chat*. Laasjaar het ek die 40's getref. Emosioneel was ek net af. My hormone was deurmekaar en als. Sy’t vir my 'n veilige hawe geskep waar ek maar net ek kon wees.” Die volgende woorde van 'n 50-jarige man, wat pas ná 'n huwelik van 22 jaar uit die kas gekom het, sluit hierby aan: “My sielkundige het later my *soulmate* geword. My eks-vrou het eendag genoem dat daar iets tussen ons was, maar daar was nie. Ons het net gekliek en kon gesels – dis eintlik so eenvoudig.” Dit is ongelukkig nie 'n vanselfsprekendheid in 'n dikwels “gay-onvriendelike” samelewing nie.

'n Homoseksuele predikant benadruk die relatiewe eenvoud van die ontmoeting met 'n sielkundige: “Ek was by 'n gayvriendelike terapeut. Sy's oopkop, plat op die aarde, *straightforward*. Soms kan mense tog so teoretiseer oor dinge, terwyl die lewe hier is – plat op die aarde. Sy was positief en vriendelik. Sy't begrip gehad sonder 'n greintjie vooroordeel.”

Vervolgens word, aan die hand van skematiese voorstellings, 'n kernagtige opsomming van homoseksuele persone se belewenisse van sielkundiges gegee.

### **3.7.3 Opsommend: Homoseksuele persone se belewenisse van sielkundiges**

Uit Figuur 3.5 blyk duidelik dat die oorwig belewenisse van homoseksuele persone ten opsigte van sielkundiges negatief is. Die fokusgroepprespondente was ook nie vaag wat dit betref nie. Duidelike temas het na vore gekom tydens die ontleding van die gesprekke. Respondente kon dus duidelik identifiseer wat hulle as negatief ervaar. Die enkele positiewe ervarings waaroor berig is, sluit almal 'n positiewe, ontspanne atmosfeer in, waar kliënte sonder voorbehoud aanvaar is.

Die volgende vraag ontstaan: Waarheen kan die oorwegend negatiewe belewenisse van die homoseksuele persoon ten opsigte van die sielkundige herlei word? Soos gesien kan word in Figuur 3.6, kan gebrekkige opleiding van sielkundiges moontlik aanleiding gee tot gebrekkige kennis en insig, wat weer moontlik aanleiding kan gee tot die homoseksuele persoon se negatiewe belewenisse van sielkundiges. Dit kom dus voor asof dit gebiedend noodsaaklik is dat die opleidingsaspek van sielkundiges ten opsigte van homoseksualiteit aandag sal moet geniet.





**FIGUUR 3.5: HOMOSEKSUELE PERSOON SE BELEWENIS VAN SIELKUNDIGES**







### **FIGUUR 3.6: OPLEIDINGSASPEK**



- REDUSEER MENS TOT SEKSOBJEK
- GEBREK AAN EMPATIE (KOU, KIL ATMOSFEER)
- ONVERMOË OM SITUASIE TE HANTEER ; VERMYDING VAN AANGELEENTHEID
- POGINGS OM ORIËNTASIE TE VERANDER
- GEBREKKIGE HANTERING VAN HOMOSEKSUELE VERHOUDINGS
- TOETSING

Uit die fokusgroeponderhoude het geblyk dat homoseksuele persone 'n voorkeur het vir sielkundiges met 'n homoseksuele oriëntasie. In die volgende afdeling word hierby stilgestaan.

### 3.8 VOORKEUR VIR 'N HOMOSEKSUELE TERAPEUT

Waarskynlik weens die vooroordeel wat ervaar word, voel ongeveer 65% van die respondente dat hulle eerder na 'n homoseksuele sielkundige sal wil gaan: “Dit sal steeds vir my belangrik wees om te weet hy is ook gay, dan weet ek hy het dieselfde pad as ek geloop, hy't 'n dieper kennis daaroor. Soos iemand wat self met kanker gediagnoseer is”; “Dis miskien net makliker om teenoor 'n gay sielkundige oop te maak ... Jy gaan minder verleë wees en makliker met hom praat”; “Ek kon nooit depressie verstaan nie – toe kry ek dit self – nou het ek baie meer begrip – dieselfde geld vir 'n homoseksuele sielkundige”; “As jy gay is, sal jy baie gemakliker voel om na 'n gay persoon toe te gaan.” 'n Homoseksuele predikant stel dit soos volg: “Ek verkies 'n gay sielkundige, en ek verwys my lidmate ook na 'n gay sielkundige toe, omdat daar daardie toeganklikheid is.” Hy erken in dieselfde asem: “Ek moet darem sê daar is *straight* sielkundiges én *straight* sielkundiges. Ek het 'n lysie van gayvriendelike sielkundiges. Ek kan my lidmate met groot vrymoedigheid na hulle verwys.”

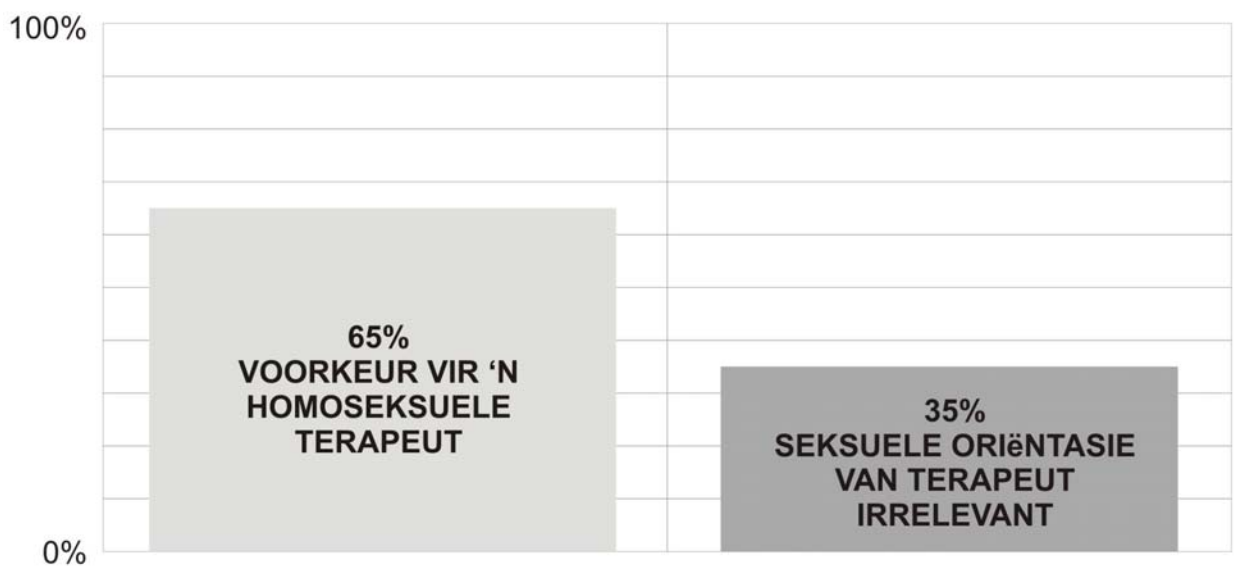
Altesaam 35% van die fokusgroepprespondente voel dat die oriëntasie van die sielkundige niks te doen het met die geslaagdheid al dan nie van die terapeutiese proses nie: “Ek sou sê dis irrelevant. Ek dink dit gaan oor 'n intelligente persoon, sy instelling teenoor mense. Ek dink nie die kwessie gaan regtig of 'n gay sielkundige noodwendig beter is vir gays nie – ons moet juis oor hierdie ding kom van ons en hulle”; “Ek wil in die gewone samelewing funksioneer. Ek wil nie as ek 'n probleem het, gaan 'jag' vir 'n gay sielkundige nie. Ek wil gemaklik voel by die persoon – *straight*, gay, man of vrou – maak nie saak nie.”

Sommige voel dat dit van omstandighede afhang of 'n homoseksuele of heteroseksuele sielkundige verkieslik is. Een respondent het aangedui dat hy op 20 jaar graag sou wou verander. In daardie stadium sou hy eerder graag na 'n heteroseksuele sielkundige toe wou gaan. Vandag verkies hy 'n homoseksuele sielkundige. 'n Predikant wys byvoorbeeld daarop dat hy 'n jong persoon, wie se gesinslede/familie redelik skepties staan teenoor die hele aangeleentheid, veel

eerder na 'n "gayvriendelike" heteroseksuele sielkundige toe sal verwys – anders voel die jongmens se familie dalk dat 'n mens hom/haar verder die "afgrond" wil inhelp.

Figuur 3.7 gee 'n skematiese voorstelling van die persentasieverdeling ten opsigte van kliënte wat 'n homoseksuele terapeut verkies (65%) teenoor kliënte vir wie die seksuele oriëntasie van die terapeut irrelevant is (35%).

**FIGUUR 3.7: TERAPEUT SE SEKSUELE ORIËNTASIE**



Die volgende afdeling bied 'n opsomming van enkele riglyne vir opvoedkundige sielkundiges wat na aanleiding van die voorafgane gedeeltes opgestel is.



### **3.9 OPSOMMEND: RIGLYNE VIR OPVOEDKUNDIGE SIELKUNDIGES SOOS VERKRY UIT EMPIRIESE ONDERSOEK**

Uit die belewenisse van homoseksuele kliënte ten opsigte van sielkundiges het die navorser die volgende riglyne vir opvoedkundige sielkundiges saamgestel:

- Dit blyk dat 'n gebrek aan kennis en insig by sielkundiges waarskynlik die spreekwoordelike wortel van die kwaad is ten opsigte van die negatiewe belewenisse van homoseksuele kliënte tydens besoeke aan sielkundiges. Die eerste belangrike riglyn vir sielkundiges is dus om voldoende kennis in te win ten opsigte van homoseksualiteit. Gereelde kontak met homoseksuele persone en blootstelling aan 'n homoseksuele leefwyse is 'n belangrike voorvereiste vir suksesvolle kontak met homoseksuele kliënte. Kennis van die nuutste navorsing op dié terrein is van die uiterste belang. Literatuurstudie en die bywoon van seminare, kongresse, ensovoorts in dié verband is uiteraard noodsaaklik.
- Sielkundiges behoort daarteen te waak om die homoseksuele kliënt te reduceer tot seksobjek, en alle problematiek te herlei na hul seksualiteit, asof dit al is waaruit hul lewens bestaan. Die deursnee homoseksuele persoon neem ernstig aanstoot wanneer dit die geval is.
- Dit is van deurslaggewende belang dat die sielkundige voortdurend selfondersoek doen ten opsigte van heteroseksisme en homofobie. Indien 'n sielkundige voel dat dit, as gevolg van genoemde faktore, vir hom/haar 'n probleem is om met homoseksuele persone te werk, behoort hy/sy sodanige kliënte te verwys.
- Indien 'n homoseksuele persoon aan die begin van die eerste sessie die atmosfeer as koud en klinies beleef, het die sielkundige reeds daardie kliënt verloor. Ware empatie, meelewing en aanvaarding sonder voorbehoud is sekerlik dié deurslaggewende faktore wanneer met homoseksuele kliënte gewerk word.

- Enige pogings om 'n kliënt se oriëntasie te probeer verander is natuurlik taboe. Daarmee sê jy as sielkundige in werklikheid dat die kliënt se menswees onaanvaarbaar is.
- Die siening dat 'n homoseksuele verhouding ten volle gelykwaardig is aan 'n heteroseksuele verhouding is van die uiterste belang. Daar mag nie 'n hoër premie op 'n heteroseksuele verhouding as op 'n homoseksuele verhouding geplaas word nie. 'n Homoseksuele verhouding behoort, nes 'n heteroseksuele verhouding, deur verskillende fases van groei te gaan en daarin behoort die sielkundige 'n homoseksuele kliënt leiding te gee.
- Net soos in die geval van 'n heteroseksuele kliënt, mag seksuele grense nie oorgesteek word nie.
- Soos reeds genoem, is die kliënt se eerste en dringendste behoefte waarskynlik om warmte en onvoorwaardelike aanvaarding te beleef. Die onmiddellike onoordeelkundige inskakeling van toetse (byvoorbeeld projeksietoetse) kan as koud en klinies ervaar word. Die sielkundige moet ook daarteen waak dat die inskakeling van toetse nie vertolk word as sou die sielkundige nie weet wat om met die kliënt te doen nie en dit inskakel om ongemak weg te steek.
- Wat as uiters negatief ervaar word, is wanneer 'n homoseksuele terapeut sy/haar oriëntasie wegsteek en voorgee om heteroseksueel te wees. Dit word as uiters oneerlik beskou. Indien die terapeut sy/haar oriëntasie verswyg, skaad dit die vertrouensverhouding en kan dit tot verhoogde geheimhouding aan die kant van die kliënt lei.

### **3.10 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is die navorsingsprobleem, -doel en -metodes eerstens bespreek, waarna die verloop en uitkoms van die empiriese ondersoek uiteengesit is. Homoseksuele persone se negatiewe en positiewe belewenisse van sielkundiges is

onder die loep geneem, na aanleiding waarvan riglyne vir opvoedkundige sielkundiges ten opsigte van die hantering van die homoseksuele kliënt saamgestel is.

Die slothoofstuk is 'n samevatting van dit wat in die eerste drie hoofstukke aan die orde kom.

## **HOOFSTUK 4**

### **SAMEVATTING EN AANBEVELINGS**

#### **4.1 INLEIDING**

In dié slothoofstuk word 'n samevatting gegee van die literatuurstudie en die empiriese ondersoek wat onderneem is, sowel as bevindings wat hieruit voortspruit. In die literatuurstudie word gekonsentreer op riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele kliënt, sowel as riglyne vir die opleiding van sielkundiges. Ten opsigte van die empiriese navorsing, word eerstens homoseksuele persone se negatiewe en positiewe belewenisse van sielkundiges behandel, waaruit riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele persoon saamgestel word. Daarna word gefokus op enkele probleme wat tydens die navorsingsproses ondervind is, sowel as 'n moontlike onderwerp wat verder nagevors kan word. Ten slotte word enkele gesamentlike aanbevelings gemaak ten opsigte van die literatuurstudie, sowel as die empiriese ondersoek wat uitgevoer is.

Die vraag wat hierdie navorsing rig, is die volgende: “Watter riglyne kan vir opvoedkundige sielkundiges daargestel word met betrekking tot die hantering van die homoseksuele kliënt?” Die volgende doelstelling is daaruit geformuleer: “Riglyne om die opvoedkundige sielkundige te help in sy/haar hantering van die homoseksuele kliënt.”

Binne die opvoedkundige sielkunde berus die selfaktualisering van 'n persoon op drie pilare, naamlik beleving, betekenisgewing en betrokkenheid. Die wyse waarop 'n persoon ervarings beleef, betekenis daaraan gee en betrokke raak, aktiveer en beïnvloed selfgesprek, wat weer op sy beurt 'n invloed het op die selfkonsep. Beleving, betrokkenheid en betekenisgewing bepaal dus menslike gedrag – na

binne, deur middel van die vorming van die selfkonsep, en dit lei na buite tot die vorming van relasies, wat bepalend is ten opsigte van selfaktualisering. In dié empiriese navorsing val die klem op die eerste van bogenoemde drie pilare, naamlik die kliënt se belewing van sielkundiges. Die navorsing word dus uit 'n opvoedkundige sielkundige oogpunt benader; en die riglyne wat ter sprake is, word vir opvoedkundige sielkundiges daargestel.

Die algemene doel van die empiriese navorsing is dus om te bepaal wat die homoseksuele kliënt as onderskeidelik positief en negatief beleef tydens 'n besoek aan 'n sielkundige, en na aanleiding daarvan riglyne vir opvoedkundige sielkundiges ten opsigte van die hantering van die homoseksuele kliënt te formuleer. Die spesifieke doelstelling van die navorsing is om die opvoedkundige sielkundige beter toe te rus in sy/haar hantering van die homoseksuele kliënt, met ander woorde om die opvoedkundige sielkundige se professionele vaardighede ten opsigte van die hantering van die homoseksuele kliënt te verbeter.

In die uitvoering van die navorsing is die kwalitatiewe metode gevolg, aangesien die klem in dié tipe navorsing val op “ ... beter verstaan van menslike gedrag en ervaring” (Van der Merwe 1996:290). Daar is besluit om van fokusgroeponderhoude gebruik te maak ten einde die nodige inligting te bekom om die beoogde doelstellings van hierdie navorsing te bereik. In ooreenstemming met die beskrywings van kwalitatiewe navorsing as 'n wyse waarop gepoog word om menslike betekenisgewing en gedrag te verstaan, lê Krueger en Casey (2000:4) klem op die feit dat 'n fokusgroeponderhoud 'n manier is waarop verstaan kan word hoe mense dink en voel oor 'n saak. In hierdie navorsing, waar gepoog word om homoseksuele persone se belewenisse van sielkundiges te verstaan, blyk fokusgroeponderhoude 'n gepaste keuse te wees om die beoogde inligting te bekom.

Vervolgens word by die samevatting en bevindings ten opsigte van die literatuurstudie stilgestaan.

## 4.2 LITERATUURSTUDIE: SAMEVATTING EN BEVINDINGS

### 4.2.1 Algemene inleidende opmerkings

Uit die literatuur blyk duidelik dat die homoseksuele persoon hom/haar in 'n sterk homofobiese omwêreld bevind. Die woord *torture* is 'n goeie samevatting van die lewe van die homoseksuele jongmens (Ginsberg 1998:3). Die doelwitte wat onder meer deur die adolessent nagestreef behoort te word, is "... the emergence of secure identity, a positive sense of self, and the capability to merge with another in a truly intimate relationship" (Radkowsky & Siegel 1997:193). As gevolg van heteroseksisme en homofobie – tuis en by die skool – is bogenoemde byna 'n onmoontlike taak vir die homoseksuele adolessent, waarna as 'n dubbele negatief verwys word (Cooley 1998:33).

Hierdie homofobie en stigmatisering waaraan die homoseksuele mens in sy/haar jeug blootgestel word, duur dwarsdeur die volwasse lewe voort. Dat dié situasie binne die afsienbare toekoms sal verander, is onwaarskynlik: "Because this bias is deeply ingrained in most aspects of society ... the elimination of homophobia is unlikely" (Radkowsky & Siegel 1997:212).

Weens die verwerping wat die deursnee homoseksuele persoon binne die breë samelewing beleef, is dit vanselfsprekend dat 'n groot persentasie homoseksuele persone in die samelewing potensiële kandidate is om in sielkundiges se spreekkamers te beland. 'n Aanduiding daarvan is die hoë selfmoordsyfer onder homoseksuele persone. Sommige beskou die besoek aan 'n sielkundige as 'n laaste uitweg; 'n reddingsboei - "... a life preserve in a sea of confusion" (Lebolt 1999:357).

Ongelukkig word sielkundiges dwarsdeur hul lewens aan dieselfde mites, miskonsepsies en stereotipes ten opsigte van homoseksualiteit blootgestel as die breë samelewing. Sommige vorm deel van 'n kultuur wat stigmatisering en vooroordeel teen homoseksuele mense toelaat.

Wat die sielkundeberoep betref, blyk die heteroseksisme en homofobie reeds ten opsigte van die opleidingsaspek. Daar is byvoorbeeld opleidingsinstansies wat mense op grond van hul homoseksuele oriëntasie afwys. Verder is dit sorgwekkend dat die opleiding wat terapeute ontvang, in baie gevalle ontoereikend is. As gevolg hiervan is die kliënt dikwels aan 'n situasie uitgelewer waar hy liever nie moes gewees het nie. Getuigenis is dan ook volop dat die sielkunde-professie jammerlik faal in sy taak ten opsigte van die homoseksuele kliënt. McCann (2001:78) som dit so op: "For too long, lesbians, gays and their families have been offered counseling and therapeutic services which are, at best, ill equipped to meet their needs, and at worst abusive". McCann (2001:78) se woorde is sorgwekkend, aangesien hier nie net van ondoeltreffendheid sprake is nie, maar wel van skade wat aangerig word.

In die lig van bogenoemde, het die navorser gaan kyk of enkele riglyne ten opsigte van die hantering van die homoseksuele persoon vir opvoedkundige sielkundiges uit die literatuur saamgestel kan word.

#### **4.2.2 Riglyne aan opvoedkundige sielkundiges vir die hantering van die homoseksuele kliënt vanuit die literatuurstudie**

- **Inwin van inligting:** Indien 'n terapeut nie oor genoeg kennis beskik om met 'n homoseksuele kliënt te werk nie, kan hy/sy voel asof hulle in 'n "strange country or alien culture" is, " ... and could only too easily put a foot wrong, be insensitive or not understand" (Ryan 1998:51). Uit bogenoemde is dit duidelik dat grondige kennis waarskynlik 'n belangrike bron van sukses is wanneer 'n sielkundige kontak met 'n homoseksuele kliënt het; daarsonder sal dit 'n vergeefse poging wees om met homoseksuele mense te probeer werk. Kennis kan op verskillende maniere bekom word: deur wyd te lees, opleiding, supervisie, die bywoon van kongresse, konsultasie met spesialiste op die gebied en ook en veral deur kontak met homoseksuele persone. Om jou net op boekkennis te verlaat ten einde op die hoogte van die homoseksueel se leefwêreld te kom, is nie genoeg nie. Die terapeut moet poog om eerstehandse kennis op te doen met betrekking tot die leefwêreld waarin die homoseksuele persoon hom daagliks bevind. Slegs dan sal die terapeut

daarin kan slaag om die moeilike pad van selfaanvaarding saam met die kliënt te stap.

- **Selfondersoek:** Hoe hard die terapeut ook al probeer: indien hy homofobies en heteroseksisties is, sal dit in sy/haar kontak met kliënte deurskemer: “ ... one’s true character shows through to patients no matter what one reveals or fails to reveal” (Cornett 1995:81). In ooreenstemming hiermee word in die literatuur beklemtoon dat terapeute aan hul eie vooroordele moet werk alvorens hulle sodanige kliënte aanvaar. Nog ’n belangrike aspek van selfondersoek wat in die literatuur aangeraak word, is geïnternaliseerde homofobie. Morrow (2000:145) dui dan ook aan dat selfondersoek die sleutel is tot sukses wanneer met ’n homoseksuele kliënt gewerk word.
- **Aanvaarding, respek en empatie:** Om werklik aanvaar en met respek en empatie behandel te word, is waarskynlik van die dringendste behoeftes van die homoseksuele persoon. Dit vorm deel van die proses van normalisering van die homoseksuele persoon se ervaringswêreld en sal bydra tot sy/haar heelwording as mens.
- **Seksuele oriëntasie en konversieterapie:** Daar is ongelukkig steeds terapeute wat die siening huldig dat ’n mens se seksuele oriëntasie verander kan word. Hulle glo dat homoseksualiteit minderwaardig is teenoor heteroseksualiteit en dat homoseksualiteit geëlimineer kan word (Schreier 1998:306). Dit is oneties om aan te bied om iemand se oriëntasie te probeer verander, of sodanige persoon na ’n instansie of persoon te verwys wat sal poog om dit te doen. In ’n poging om ’n persoon se oriëntasie te verander, word genoemde persoon se hele menswees in werklikheid negeer. Isay (1989:112) sê tereg: “ ... there may be severe emotional and social consequences in the attempt to change from homosexuality to heterosexuality.”
- **Bekendmaking van homoseksuele terapeut se seksuele oriëntasie:** Kenners voel baie sterk daaroor dat die homoseksuele terapeut sy/haar oriëntasie aan die kliënt bekend behoort te maak, tot voordeel van die kliënt.



Perlman (2000:178) stel dit duidelik dat 'n terapeut wat sy/haar homoseksuele oriëntasie verswyg, nie met 'n homoseksuele kliënt moet werk nie. Milton en Coyle (1999:50) beaam dit: "I don't think it's possible to be a gay affirmative therapist if you are gay and not out." Redes wat vir dié siening verstrekkend word, is onder meer die feit dat 'n terapeut se skuheid ten opsigte van sy/haar oriëntasie as versterking dien vir dieselfde gevoelens in die kliënt (Cornett 1995:83), sowel as vir geheimhouding (Frommer 1999:57); en dat 'n terapeut wat openlik is met betrekking tot sy/haar oriëntasie vir die kliënt as 'n positiewe rolmodel dien, byvoorbeeld ten opsigte van integriteit en trots (Cornett 1995:84). Dit kom voor asof 'n kliënt dit as uiters oneerlik ervaar wanneer 'n homoseksuele terapeut sy/haar homoseksuele oriëntasie verswyg en dat negatiewe gevoelens jeens homoseksualiteit op dié wyse versterk word.

- **Balans ten opsigte van seksuele oriëntasie:** Soms hel die sielkundige na een kant toe oor en word die kliënt se seksuele oriëntasie oorbeklemtoon. Harrison (2000:39) dui dan ook aan dat die gevaar bestaan dat 'n terapeut ál 'n kliënt se probleme na sy/haar seksuele oriëntasie kanaliseer. Milton en Coyle (1998:74; 1999:47) sluit hierby aan wanneer hulle aandui dat seksuele oriëntasie in baie gevalle oorbeklemtoon word in die hantering van homoseksuele mense, as sou al hul of meeste van hul probleme *per se* aan hul seksuele oriëntasie toegeskryf kan word.
- **Korrekte siening van homoseksuele verhoudings:** 'n Homoseksuele verhouding word dikwels deur die breë samelewing sowel as deur sielkundiges as 'n blote karikatuur van die heteroseksuele verhouding beskou (as minderwaardig teenoor die heteroseksuele verhouding). In werklikheid is die teendeel reeds bewys. Daar is gevind dat daar in die deursnee homoseksuele verhouding meer harmonie en buigsaamheid is as in die deursnee heteroseksuele verhouding, met harmonie in verhoudings tussen vroue die hoogste (Laird 1996:204). Dit is belangrik dat sielkundiges homoseksuele verhoudings en die probleme wat 'n homoseksuele paartjie ervaar, in dieselfde lig as heteroseksuele verhoudings beskou en dit as sodanig hanteer. Daar behoort nie gekonsentreer te word op die feit dat 'n verhouding tussen twee persone van dieselfde geslag bestaan nie. Dit

behoort irrelevant te wees. Die probleem as sodanig behoort aangespreek te word.

- **Verkieslik homoseksuele terapeut:** Dit kom voor asof die homoseksuele kliënt verkieslik na 'n sielkundige met dieselfde seksuele oriëntasie sal gaan. Redes wat hiervoor aangegee word, is onder meer die feit dat die homoseksuele terapeut op dieselfde golflengte as die kliënt is ten opsigte van ervaringswêreld, taalgebruik, en so meer. Die siening is ook dat die homoseksuele terapeut meer begrip sal hê vir gestigmatiseerde ervarings en die vermoë sal hê om iets positiefs ten opsigte van homoseksualiteit te modelleer (Milton & Coyle 1999:50).

Vervolgens word stilgestaan by die opleidingsaspek van sielkundiges.

#### **4.2.3 Opleiding**

Uit die literatuur blyk dit duidelik dat opleiding van sielkundiges ten opsigte van homoseksualiteit tot dusver jammerlik in gebreke gebly het. Phillips en Fischer (1998:714) sê dan ook tereg: “For the profession of psychology to provide effective and unbiased services to the LGB population in the future, graduate programs in psychology are one of the most promising agents for change.”

Enkele riglyne in dié verband wat uit die literatuur blyk, is die volgende:

- Daar moet gewerk word aan die self van die terapeut in wording, onder meer ten opsigte van homofobie en heteroseksisme. Persone wat by opleiding betrokke is, onder meer dosente en supervisors, behoort self ook voortdurend besig te wees met selfondersoek in dié verband.
- Kennis van die jongste navorsing op die terrein is belangrik ten einde uitgediende idees die nek in te slaan.

- Kursusse wat oor menslike ontwikkeling handel, behoort modelle van homoseksuele identiteitsvorming in te sluit.
- Ten opsigte van terapeutiese tegnieke kan rollespel byvoorbeeld 'n homoseksuele kliënt of terapeut (of beide) insluit.
- Die proses van “uitkom” en hulpverlening aan ouers en gesinslede nadat homoseksuele persone hul oriëntasie bekendgemaak het, behoort aandag te geniet.
- In multikulturele kursusse, behoort die diversiteit wat binne homoseksuele populasies bestaan, hanteer te word.
- Dit is belangrik dat studente onderskeidingsvermoë aanleer wat betref die kliënt se probleem – dat alles nie *per se* aan homoseksualiteit toegedig kan word nie.
- Terapeute-in-opleiding behoort gereeld kontak met homoseksuele persone te hê; blootstelling aan 'n homoseksuele leefwyse is noodsaaklik ten einde effektief met homoseksuele persone te kan werk.
- Inligting oor homoseksualiteit kan by individuele kursusse geïntegreer word; aparte kursusse in dié verband kan ook aangebied word. (Laasgenoemde kan egter nie as plaasvervanger vir eersgenoemde dien nie.)
- Heteroseksisme binne die beroepsveld kan aandag geniet.
- Studente se begrip van hoe heteroseksisme die psigiese, intellektuele, beroeps-, spirituele en finansiële lewens van homoseksuele mense raak, moet verbeter word.
- Studente behoort aangemoedig te word om soveel moontlik oor die onderwerp te lees.

- Video's van terapiessessies met sodanige kliënte kan aan studente getoon word. Positiewe én negatiewe kommentaar kan gelewer word.
- Tydens praktiese werk en internskap behoort studente die geleentheid te kry om onder supervisie met homoseksuele kliënte te werk.
- Seminare oor homoseksuele kwessies kan op gereelde basis aangebied word.

In die volgende afdeling word aandag gegee aan die empiriese navorsing wat uitgevoer is.

## **4.3 EMPIRIESE NAVORSING: SAMEVATTING EN BEVINDINGS**

### **4.3.1 Inleidende opmerkings**

Wat uit die literatuurstudie blyk, naamlik dat sielkundiges dikwels jammerlik in gebreke bly ten opsigte van hul taak wat die homoseksuele kliënt betref, is deur die empiriese navorsing bevestig, soos onder meer blyk uit die volgende woorde van fokusgroepprespondente: “Hierdie mense (sielkundiges) het van my ’n robot gemaak, ’n monster, want hulle het my geleer om oneerlik met myself te wees. Dit is hoekom mense dikwels hul eie lewens neem, want sielkundiges het hulle op ’n pad gestuur waar daar geen hoop is nie ...”; “Ek was na vele sielkundiges toe. Dit het my heeltemal afgesit, ’n haat in die lewe gegee, ek het heeltemal toegemaak. Die manier waarop hulle my hanteer het ...”

Vervolgens word gekyk na die homoseksuele persoon se belewenisse van sielkundiges.

### 4.3.2 Homoseksuele persone se belewenisse van sielkundiges

#### 4.3.2.1 *Negatiewe belewenisse*

Altesaam 75% van die fokusgroeprespondente se belewenisse by sielkundiges kan as negatief beskryf word – 'n jammerlike aanklag teen die sielkunde-professie. Vervolgens word daarby stilgestaan.

- **Gebrek aan kennis en insig:** Dit kom voor asof 'n gebrek aan kennis en insig die spreekwoordelike wortel van die kwaad is wat die sielkundige se hantering van die homoseksuele kliënt betref, want dit kan aanleiding tot soveel wanpersepsies en mistastings gee wanneer met die homoseksuele kliënt gewerk word. Die algemene gevoel onder fokusgroeprespondente is dat die deursnee sielkundige wat dit betref grootliks in gebreke bly. Die meeste van die fokusgroeprespondente se verwagtings ten opsigte van sielkundiges sentreer dan ook rondom kennis, insig en voortspruitend daaruit, begrip vir die homoseksuele persoon se situasie. Dit is duidelik dat die sielkundige 'n besondere opgaaf het wat die inwin van kennis betref. Daarsonder sal dit 'n futiele poging wees om met 'n homoseksuele persoon te probeer werk.
- **Redusering tot seksobjek:** Dit blyk duidelik dat homoseksuele persone dit baie negatief ervaar wanneer hulle tot seksobjekte gereduseer word. Binne die breë samelewing is dit die één faktor van die homoseksuele persoon se lewe wat sensasie wek, waarop gefokus word, ten onregte. Ongelukkig trap baie sielkundiges in dieselfde slaggat. Daarvan het talle fokusgroeprespondente getuig. Fokusgroeprespondente voel dat hul menswees aangetas word wanneer hulle tot seksobjekte gedegradeer word. Die deursnee heteroseksuele mens se lewe bestaan tog nie net uit seks nie, waarom dan dié aanname maak ten opsigte van homoseksuele mense, is die algemene gevoel.
- **Die belewing van afstand en 'n gebrek aan empatie:** Baie homoseksuele persone ervaar nie werklik empatie, warmte en meelewing by sielkundiges nie.

Wanneer 'n homoseksuele persoon binne die eerste paar minute van 'n sessie die atmosfeer as koud en nie-empaties beleef, het daardie sielkundige reeds die kliënt verloor. Juis omdat die homoseksuele persoon soveel verwerping in die breë samelewing beleef, het hy/sy 'n intense behoefte aan aanvaarding sonder voorbehoud. Afstand van die sielkundige se kant; 'n koue, nie-empatiese atmosfeer sein die boodskap oor dat hy/sy weer eens nie aanvaar word nie.

- **Onvermoë om situasie te hanteer en vermyding van aangeleentheid:** Moontlik as gevolg van 'n gebrek aan kennis en/of vooroordeel en/of homofobie weet baie sielkundiges nie hoe om die situasie te hanteer wanneer dit blyk dat 'n kliënt homoseksueel is nie. Daarom skram sommige sielkundiges weg van die aangeleentheid. Homoseksuele kliënte ervaar dit as verwerping, aangesien die sielkundige ongemaklik is met wie en wat die kliënt is. Die ongemak wat die terapeut ervaar, veroorsaak weer ongemak by die kliënt – dit het dus 'n sneeubalreaksie. Bogenoemde scenario noop die kliënt dikwels om 'n rol te speel en nie sy/haar ware self te wees nie, maar die aangepaste self. Volgens die fokusgroepprespondente mis die besoek aan die sielkundige in so 'n geval sy doel en is verwysing verkieslik.
- **Pogings om seksuele oriëntasie te verander:** Ten spyte van die feit dat homoseksualiteit reeds sedert 1973 nie meer as 'n siekte beskou word nie, is daar steeds sielkundiges wat dit as sodanig beskou en kliënte probeer “genees”. Talle fokusgroepprespondente het hiervan getuig. Die skade wat deur hierdie pogings tot genesing aangerig word, is onberekenbaar, want die homoseksuele persoon se hele menswees word daardeur negeer.
- **Hantering van homoseksuele verhoudings:** Homoseksuele mense voel dat die samelewing dikwels 'n hoër premie op heteroseksuele verhoudings as homoseksuele verhoudings plaas en dit nie met dieselfde erns benader nie. Wanneer twee homoseksuele lewensmaats se paaie uitmekaar loop, beleef hulle byvoorbeeld dieselfde trauma as wat heteroseksuele mense tydens 'n egskedding beleef. Omdat die samelewing met 'n “heteroseksuele bril” daarna

kyk, kry homoseksuele mense egter dikwels min hulp en onderskraging in dié verband, in teenstelling met hul heteroseksuele eweknieë. Ongelukkig maak sielkundiges hulle ook hieraan skuldig, is die gevoel onder fokusgroepprespondente.

- **Oorskryding van grense op seksuele gebied:** Hoewel die oorskryding van grense op seksuele gebied tydens die fokusgroeponderhoude nie veel prominensie gekry het nie, is dit tog geopper. Net soos in die geval van die heteroseksuele terapeut en kliënt, is die oorskryding van grense op seksuele gebied uiters onprofessioneel en uiteraard taboe. Sodra 'n homoseksuele terapeut voel dat daar die geringste kans is dat grense op die terrein van die seksuele oorgesteek kan word (van een of albei partye), behoort sodanige kliënt onmiddellik verwys te word.
- **Toetsing:** Dit kom voor asof die afneem van projeksietoetse en ander hulpmiddels wat tydens die terapeutiese proses aangewend word, met groot omsigtigheid hanteer behoort te word, aangesien dit negatief deur die kliënt beleef kan word. Fokusgroepprespondente het die inskakeling daarvan onder meer as nutteloos en koud en klinies beleef. Sommige respondente het ook aangedui dat dit voorgekom het asof terapeute hul ongemak op dié manier wou wegsteek; byna asof hulle afstand wou kry.
- **Homoseksuele terapeut wat voorgee om heteroseksueel te wees:** Iets wat geblyk het 'n sterk aversie by die homoseksueel uit te lok, is 'n homoseksuele terapeut wat voorgee om heteroseksueel te wees, dit wil sê 'n heteroseksuele front voorhou en sy/haar oriëntasie verswyg en/of ontken. Hulle beskou dit as uiters ongeloofwaardig. Die homoseksuele persoon voel dat so 'n terapeut van hom/haar verwag om "al sy/haar kaarte op die tafel te plaas". Die terapeut is op sy/haar beurt egter nie bereid om dit te doen nie. Die vertrouensverhouding word in dié proses geruïneer.

Hoewel die grootste persentasie van die belewenisse van die fokusgroepprespondente ten opsigte van sielkundiges negatief was, was daar tog positiewe belewenisse, wat in die volgende afdeling behandel sal word.

#### **4.3.2.2 Positiewe belewenisse**

Die meerderheid positiewe kommentaar ten opsigte van sielkundiges wat van fokusgroepprespondente ontvang is, verwys na en sluit in 'n positiewe, ontspanne atmosfeer, waar die kliënt gevoel het hy/sy word sonder vooroordeel en as doodgewone mens aanvaar: “Sy’t ons aanvaar nes ons is en daar was nooit ’n gevoel dat sy bevooroordeeld was nie. Ons het nie gevoel sy skram weg van *issues* af nie”; “Sy’t vir my ’n veilige hawe geskep waar ek maar net kon wees”; “My sielkundige het ... my *soulmate* geword. ... Ons het net gekliek en kon gesels – dis eintlik so eenvoudig.” Bogenoemde dui daarop dat die homoseksuele mens nie onrealistiese verwagtings het ten opsigte van die ontmoeting met die terapeut nie – onvoorwaardelike aanvaarding in ’n atmosfeer waar jy net jouself kan wees, is van die hoofvereistes.

In die fokusgroeponderhoude het dit aan die lig gekom dat die meerderheid respondente ’n voorkeur het vir sielkundiges met ’n homoseksuele oriëntasie. In die volgende afdeling word daarby stilgestaan.

#### **4.3.3 Verkieslik homoseksuele terapeut**

Waarskynlik weens die vooroordeel wat ervaar word, voel ongeveer 65% van die respondente dat hulle eerder na ’n homoseksuele sielkundige sal wil gaan. ’n Homoseksuele predikant verwoord dit so: “Ek verkies ’n gay sielkundige, en ek verwys my lidmate ook na ’n gay sielkundige toe, omdat daar daardie toeganklikheid is.” Hy erken in dieselfde asem: “Ek moet darem sê daar is *straight* sielkundiges en *straight* sielkundiges. Ek het ’n lysie van gayvriendelike sielkundiges. Ek kan my lidmate met vrymoedigheid na hulle verwys.” In werklikheid behoort *alle* sielkundiges gayvriendelik te wees.

#### **4.3.4 Samevattend**



Dit is duidelik dat die meerderheid belewenisse van die fokusgroepprespondente tydens besoeke aan sielkundiges negatief is. Die vraag ontstaan: Waarheen kan die negatiewe belewenisse van die homoseksuele persoon ten opsigte van die sielkundige herlei word? Die moontlikheid bestaan dat gebrekkige opleiding aanleiding kan gee tot gebrekkige kennis en insig, wat weer moontlik aanleiding kan gee tot die homoseksuele persoon se negatiewe belewenisse van sielkundiges. Dit kom dus voor asof dit gebiedend noodsaaklik is dat die opleidingsaspek van sielkundiges ten opsigte van homoseksualiteit aandag sal moet geniet.

Vervolgens word riglyne vir opvoedkundige sielkundiges wat na aanleiding van die empiriese ondersoek saamgestel is, behandel.

#### **4.3.5 Opsommend: Riglyne aan opvoedkundige sielkundiges na aanleiding van die empiriese ondersoek**

- 'n Gebrek aan kennis en insig is waarskynlik die spreekwoordelike wortel van die kwaad ten opsigte van die negatiewe belewenisse van homoseksuele kliënte by sielkundiges. Die eerste belangrike riglyn vir sielkundiges is dus om op die hoogte te kom van alles wat homoseksualiteit impliseer. Gereelde kontak met homoseksuele mense en blootstelling aan 'n homoseksuele leefwyse is 'n belangrike voorvereiste vir suksesvolle kontak met homoseksuele kliënte. Literatuurstudie en die bywoon van seminare, kongresse, en so meer is uiteraard ook noodsaaklik.
- Dit is van deurslaggewende belang dat die sielkundige voortdurend selfondersoek doen ten opsigte van heteroseksisme en homofobie. Indien 'n sielkundige voel dat dit, as gevolg van genoemde faktore, vir hom/haar 'n probleem is om met homoseksuele mense te werk, behoort hy/sy sodanige kliënte te verwys.
- Sielkundiges behoort daarteen te waak om die homoseksuele kliënt te reduceer tot seksobjek, en alle problematiek te herlei na hul seksualiteit, as

sou dit al wees waaruit hul lewens bestaan. Die deursnee homoseksuele persoon neem ernstig aanstoot wanneer dit die geval is.

- Indien 'n homoseksuele persoon aan die begin van die eerste sessie die atmosfeer as koud en klinies beleef, het die sielkundige reeds daardie kliënt verloor. Ware empatie, meelewing en aanvaarding sonder voorbehoud is waarskynlik van die deurslaggewendste faktore wanneer met homoseksuele kliënte gewerk word.
- Enige pogings om 'n kliënt se oriëntasie te probeer verander is uiteraard taboe. Daarmee sê die sielkundige in werklikheid dat die kliënt se menswees onaanvaarbaar is.
- Die siening dat 'n homoseksuele verhouding ten volle gelykwaardig is aan 'n heteroseksuele verhouding is van die uiterste belang. Daar mag nie 'n hoër premie op 'n heteroseksuele verhouding as op 'n homoseksuele verhouding geplaas word nie.
- Net soos in die geval van 'n heteroseksuele kliënt, mag seksuele grense nie oorgesteek word nie.
- Die inskakeling van toetse (byvoorbeeld projeksietoetse) en ander hulpmiddels moet met groot omsigtigheid hanteer word, aangesien dit as nutteloos, sowel as koud en klinies beleef kan word. Die sielkundige moet ook daarteen waak dat die inskakeling van toetse nie vertolk word as sou die sielkundige dit inskakel om ongemak weg te steek nie.
- Wat as uiters negatief ervaar word, is wanneer 'n homoseksuele terapeut sy/haar oriëntasie verswyg en voorgee om heteroseksueel te wees. Dit word as ongeloofwaardig beskou en kan die vertrouensverhouding skaad.

#### **4.4 PROBLEME WAT TYDENS DIE NAVORSINGSPROSES ONDERVIND IS**

Tydens die navorsing is die volgende probleme ervaar:

- Om persone te kry om aan die fokusgroepbesprekings deel te neem, was 'n baie groot struikelblok en het die navorsingsproses aansienlik vertraag. Weens die diepgewortelde homofobie en heteroseksisme in die breë samelewing, het dit baie oorreding geverg en letterlik maande geneem om die eerste fokusgroep bymekaar te kry. Selfs nadat sommige persone ingestem het om aan die besprekings deel te neem, het hulle later onttrek weens vrees vir blootstelling.
- Die navorser sou graag meer persone by die ondersoek wou betrek, maar weens koste- en tydreëltite (sien bo) was dit nie moontlik nie.
- Om binne die bestek van 'n beperkte navorsingsverslag reg te laat geskied aan hierdie onderwerp is nie moontlik nie. Die bevindings in dié verslag behoort as die spreekwoordelike punt van die ysberg beskou te word en 'n bewusmakingsfunksie te hê.
- Afleidings wat tydens hierdie ondersoek gemaak is, geld net vir die groep wat by die ondersoek betrek is. Bevindings kan dus nie deurgetrek word na die algemene populasie nie. Rigtinggewende tendense het egter duidelik na vore gekom.

#### **4.5 OPSOMMEND EN AANBEVELINGS: LITERATUURSTUDIE EN EMPIRIESE ONDERSOEK**

Die bevindings uit die literatuurstudie en die empiriese navorsing korreleer goed en skets geen vleierende beeld van die sielkundeprofessie nie. Uit opvoedkundige sielkundige perspektief is dit duidelik dat die negatiewe belewenisse wat homoseksuele kliënte tydens besoeke aan sielkundiges het, in die pad staan van

selfaktualisering en groei tot volle wasdom. In die lig hiervan wil die navorser die volgende aanbevelings maak:

- Tydens die keuring van voornemende studente behoort homofobie en heteroseksisme ondersoek te word en 'n rol te speel in die proses.
- Opleidingsinstansies behoort indringend na kursusinhoud te kyk en waar moontlik die homoseksuele kliënt akkommodeer (sien riglyne: opleiding).
- Sielkundiges wat reeds in die professie staan, behoort hul eie situasie ten opsigte van die homoseksuele kliënt in herooring te neem ten opsigte van aspekte soos homofobie en heteroseksisme, 'n gebrek aan kennis en insig, en so meer. Waar daar gebreke en tekortkominge in die sielkundige se mondering bestaan, behoort dit daadwerklik aangespreek te word. Indien die sielkundige nie daarvoor kans sien nie, behoort sodanige persoon homoseksuele kliënte eerder te verwys.

#### **4.6 ONDERWERP WAT MOONTLIK VERDER NAGEVORS KAN WORD**

Tydens die fokusgroeponderhoude was daar telkens in elke groep slegs een of twee persone wat uitgestaan het as mense wat innerlike vrede het en wat geluk gevind het binne-in hulself. By nadere ondersoek het geblyk dat hul ouers 'n pertinente rol gespeel het in dié verband – hulle het hul kinders onvoorwaardelik aanvaar en bygestaan in die moeilike proses van selfaanvaarding en alles wat daarmee gepaard gaan. Die teendeel was waar ten opsigte van die meeste ander respondente.

In die lig hiervan word verdere navorsing gerig op ouerbegeleiding aanbeveel. Dit sal moontlik 'n bydrae kan lewer om die pad van homoseksuele kinders en hul ouers meer gelyk te maak.

#### **4.7 SLOTOPMERKING**

In hierdie hoofstuk is 'n bondige samevatting gegee van dit wat in die literatuurstudie sowel as die empiriese navorsing na vore gekom het. Verder is probleme wat tydens die navorsingsproses ervaar is geïdentifiseer, 'n moontlike navorsingswaardige onderwerp aangetoon en enkele aanbevelings gemaak.

Die homoseksuele gemeenskap is by uitstek 'n deel van die samelewing waar heling broodnodig is: "There is so much healing to be done, so much mending and so much tending ..." (Hay 1987: 290-291). Aan die einde van hierdie projek is die navorser onder die indruk van die tragiek daarvan dat die sielkundeprofessie, wat veronderstel is om 'n helende professie te wees, in soveel gevalle eerder die teendeel bereik.

Dit is duidelik dat die sielkundige 'n besondere taak het wat op hom/haar wag ten opsigte van die homoseksuele kliënt: "... therapists ... have a role in being more proactive and more focused on changing attitudes towards gay people at a macro level, so that their reactive work at a micro level might eventually become less necessary" (Harrison 2000:51); "... practitioners are now being challenged to account for their practice with lesbian and gay people" (McCann 2001:79); "Counsellors need to come forward in advocating for the dignity and human rights of all gay and lesbian people" (Coolley 1998:31).

Die slotwoord behoort aan Horrocks (1998:41): "Homosexuality has cast long shadows in the world of ... therapy, but now it is surely time for daylight to replace darkness."

## BIBLIOGRAFIE

- Anderson, J. 1994. School climate for gay and lesbian students and staff members. *Phi Delta Kappan*, 76 (2): 151-154.
- Anthonissen, C. & Oberholzer, P. 2001. *Gelowig en gay?* Wellington: Lux Verbi.
- Beffon, J. 1994. Wearing the pants: Butch/femme roleplaying in lesbian relationships. In M. Gevisser & E. Cameron (eds), *Defiant desire: Gay and lesbian lives in South Africa*. Braamfontein: Ravan.
- Besner, H.F. & Spungin, C.I. 1995. *Gay and lesbian students: Understanding their needs*. Washington: Taylor & Francis.
- Betz, N.E. 1991. Implications for counseling psychology training programs: Reactions to the special issue. *The counseling psychologist*, 19 (2): 248-252.
- Bieschke, K.J., Eberz, A.B., Bard, C.C. & Croteau, J.M. 1998. Using social cognitive career theory to create affirmative lesbian, gay, and bisexual research training environments. *The counseling psychologist*, 26 (5): 735-753.
- Bosman, D.B., Van der Merwe, I.W. & Hiemstra, L.W. 1984. *Tweetalige woordeboek: Engels – Afrikaans*. Kaapstad: Tafelberg.
- Broido, E.M. 2000. Constructing identity: The nature and meaning of lesbian, gay, and bisexual identities. In R.M. Perez, K.A. DeBord & K.J. Bieschke (eds), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients*. Washington: American Psychological Association.
- Buhrke, R.A. & Douce, L.A. 1991. Training issues for counseling psychologists in working with lesbian women and gay men. *The counseling psychologist*, 19 (2): 216-234.

- Chng, C.L. & Wong, F.Y. 1998. Gay, lesbian and bisexual children: Implications for early childhood development professionals. *Early child development and care*, 147: 71-82.
- Clark, D. 1987. *The new loving someone gay*. Berkeley: Celestial Arts.
- Cooley, J. 1998. Gay and lesbian adolescents: Presenting problems and the counselor's role. *Professional school counseling*, 1(3): 30-34.
- Cornett, D. 1995. *Reclaiming the authentic self*. London: Jason Aronson.
- Croteau, J.M., Bieschke, K.J., Phillips, J.C. & Lark, J.S. 1998. Moving beyond pioneering: Empirical and theoretical perspectives on lesbian, gay, and bisexual affirmative training. *The counseling psychologist*, 26 (5): 707-711.
- Dallas, J. 1996. In defense of clinical treatment for homosexuality. *Journal of psychology and christianity*, 15 (4): 369-372.
- Davies, D. 1996a. Homophobia and heterosexism. In D. Davies & C. Neal (eds), *Pink therapy: A guide for counselors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University.
- Davies, D. 1996b. Towards a model of gay affirmative therapy. In D. Davies & C. Neal (eds), *Pink therapy: A guide for counselors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University.
- Davies, D. 2000. Person-centred therapy. In D. Davies & C. Neal (eds), *Therapeutic perspectives on working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University.
- Davies, D. & Neal, C. 1996. An historical overview of homosexuality and therapy. In D. Davies & C. Neal (eds), *Pink therapy: A guide for counselors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University.

- Dempsey, L.L. 1994. Health and social issues of gay, lesbian, and bisexual adolescents. *Families in society: The journal of contemporary human services*, 75 (3): 160-167.
- Denman, C. & De Vries, P. 1998. Cognitive analytic therapy and homosexual orientation. In C. Shelley (ed), *Contemporary perspectives on psychotherapy and homosexualities*. London: Free Association.
- De Vos A.S., Schurink, E.M. en Strydom, H. 1998. The nature of research in the caring professions. In A.S. de Vos (ed), *Research at grass roots: A primer for the caring professions*. Pretoria: Van Schaik.
- Division 44/Committee on lesbian, gay and bisexual concerns joint task force on guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. 2000. Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American psychologist*, 55 (12): 1140-1451.
- Drescher, J. 1999. The therapist's authority and the patient's sexuality. *Journal of gay and lesbian psychotherapy*, 3 (2): 61-80.
- Du Plessis, J. 1999. *Oor gay wees*. Kaapstad: Tafelberg.
- Falco, K.L. & Garrison, M. 1995. Steps toward a lesbian friendly life style interview. *Individual psychology journal of adlerian theory, research and practice*, 51 (2): 129-143.
- Farrow, J. 1991. Gay and lesbian youth suicide. *Focal point*, 5 (2): 5-6.
- Fassinger, R.E. 1991. The hidden minority: Issues and challenges in working with lesbian women and gay men. *The counseling psychologist*, 19 (2): 157-176.
- Fontaine, J.H. & Hammond, N.L. 1996. Counseling issues with gay and lesbian adolescents. *Adolescence*, 31 (124): 817-830.



- Fontaine, J. 1998. Evidencing a need: School counselors' experiences with gay and lesbian students. *Professional school counselling*, 1 (3): 8-14.
- Frommer, M.S. 1999. Reflections on self-disclosure, desire, shame and emotional engagement in the gay male psychoanalytic dyad. *Journal of gay and lesbian psychotherapy*, 3 (1): 53-64.
- Gelso, C.J., Fassinger, R.E., Gomez, M.J. & Latts, M.G. 1995. Countertransference reactions to lesbian clients: The role of homophobia, counselor gender, and countertransference management. *Journal of counseling psychology*, 43 (3): 356-364.
- Ginsberg, R.W. 1998. Silenced voices inside our schools. *Initiatives*, 58 (3): 1-15.
- Gonsiorek, J. 1988. Mental health issues of gay and lesbian adolescents. *Journal of adolescent health care*, 9: 114-122.
- Gordon, W. 1999. *Goodthinking: A guide to qualitative research*. Oxfordshire: Admap.
- Gouws, R., Feinauer, I. & Ponelis, F. 1994. *Basiswoordeboek van Afrikaans*. Pretoria: Van Schaik.
- Gray, J. 2000. Cognitive-behavioral therapy. In D. Davies & C. Neal (eds), *Therapeutic perspectives on working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University Press.
- Grey, A. 1992. *Quest for justice: Towards homosexual emancipation*. London: Sinclair-Stevenson.
- Harrington-Leuker, D. 1996. Caught in the crossfire. *American school board journal*, 183 (9): 26-30.

- HAT. *Verklarende handwoordeboek van die Afrikaanse taal*. 1988. Odendal, F.F., Schoonees, P.C., Swanepoel, C.J., Du Toit, S.J. & Booysen, C.M. Johannesburg: Perskor.
- Harrison, N. 2000. Gay affirmative therapy: A critical analysis of the literature. *British journal of guidance and counseling*, 28 (1): 37-53.
- Hay, H. 1987. A separate people whose time has come. In M. Thompson (ed), *Gay spirit: Myth and meaning*. New York: St. Martin's.
- Herek, G. 1995. Psychological heterosexism in the United States. In A. D'Augelli & C. Patterson (eds), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the life span: Psychological perspectives*. New York: Oxford University.
- Heron, A. 1983. *One teenager in ten*. Boston: Alyson.
- Hersch, P. 1991. Gays and lesbians in therapy: Secret lives. *The family therapy networker*, Jan/Feb: 37-43.
- Horrocks, R. 1998. Historical issues: Paradigms of homosexuality. In C. Shelley (ed), *Contemporary perspectives on psychotherapy and homosexualities*. London: Free Association Books.
- Hunt, M. 1974. *Sexual behavior in the 1970's*. Chicago: Playboy.
- Hunter, J. & Schaecher, R. 1987. Stresses on lesbians and adolescents in schools. *Social work in education*, 9: 180-190.
- Isaacs, G & McKendrick, B. 1992. *Male homosexuality in South Africa: Identity formation, culture and crises*. London: Oxford.
- Isay, R.A. 1989. *Being homosexual: Gay men and their development*. New York: Avon.

- Izzard, S. 2000. Psychoanalytic psychotherapy. In D. Davies & C. Neal (eds), *Therapeutic perspectives on working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University.
- Janus, S.S. & Janus, C.L. 1993. *The Janus report on sexual behavior*. New York: John Wiley.
- Jones, M.A. & Gabriel, M.A. 1999. Utilization of psychotherapy by lesbians, gay men, and bisexuals: Findings from a nationwide survey. *American journal of orthopsychiatry*, 69 (2): 209-219.
- Kaufman, G. & Raphael, L. 1996. *Coming out of shame*. London: Doubleday.
- Kritzinger, J. & Barbour, R.S. 1999. *Developing focus group research: Politics, theory and practice*. London: Sage.
- Kritzinger, M.S.B. & Labuschagne, F.J. 1980. *Verklarende Afrikaanse woordeboek*. Pretoria: Van Schaik.
- Krueger, R.A. & Casey, M.A. 2000. *A practical guide for applied research*. London: Sage.
- Laird, J. 1996. Invisible ties. In J. Laird & R. Green (eds), *Lesbian and gays in couples and families*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lebolt, J. 1999. Gay affirmative psychotherapy: A phenomenological study. *Clinical social work journal*, 27 (4): 355-370.
- Liddle, B.J. 1996. Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of counseling psychology*, 43 (4): 394-401.
- MacDonald, G.B. 1983. Exploring sexual identity: Gay people and their families. *Sex education coalition news*, December: 1-4.

- Marinoble, R.M. 1998. Homosexuality: A blind spot in the school mirror. *Professional school counseling*, 1 (3): 4-7.
- Mattison, A.M. & McWhirter, D.P. 1995. Lesbians, gay men and their families. *The psychiatric clinics of North America*, 18 (1): 123-137.
- McCann, D. 2001. Lesbians, gay men, their families and counseling: Implications for training and practice. *Educational and child psychology*, 18 (1): 78-88.
- McHenry, S.S. & Johnson, J.W. 1993. Homophobia in the therapist and gay or lesbian client: Conscious and unconscious collusions in self-hate. *Psychotherapy*, 30: 141-151.
- Milton, M & Coyle, A. 1998. Psychotherapy with lesbian and gay clients. *The psychologist*, 11 (2): 73-76.
- Milton, M. & Coyle, A. 1999. Lesbian and gay affirmative psychotherapy: Issues in theory and practice. *Sexual and marital therapy*, 14 (1): 43-59.
- Minton, H. & McDonald, G. 1984. Homosexual identity formation as a developmental process. In J.P. DeCecco & M.G. Shively, *Origins of sexuality and homosexuality*. New York: Harrington Park.
- Mobley, M. 1998. Lesbian, gay, and bisexual issues in counseling psychology training: Acceptance in the millennium? *The counseling psychologist*, 26 (5): 786-796.
- Moon, L. 1994. Counseling with lesbians and gay men. *Changes*, 12 (4): 277-283.
- Morrow, S.L. 2000. First do no harm: Therapist issues in psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. In R. Perez, K.A. DeBord & K.J. Bieschke (eds), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients*. Washington: American Psychological Association.

- Murphy, B.C. 1991. Education mental health professionals about gay and lesbian issues. *Journal of homosexuality*, 22: 229-246.
- Nel, J. & Joubert, K. 1997. Coming out of the closet: A gay experience. *Unisa Psychologia*, 24 (1): 17-31.
- Nichols, S.L. 1999. Gay, lesbian, and bisexual youth: Understanding diversity and promoting tolerance in schools. *The elementary school journal*, 99 (5): 505-519.
- Perlman, G. 2000. Transactional analysis. In D. Davies & C. Neal (eds), *Therapeutic perspectives on working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University.
- Phillips, J.C. & Fischer, A.R. 1998. Graduate students' training experiences with lesbian, gay and bisexual issues. *The counseling psychologist*, 26 (5): 712-736.
- Phillips, J.C. 2000. Training issues and considerations. In R.M. Perez, K.A. DeBord & K.J. Bieschke (eds), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay and bisexual clients*. Washington: American Psychological Association.
- Pilkington, N.W. & Cantor, J.M. 1996. Perceptions of heterosexual bias in professional psychology programs: A survey of graduate students. *Professional psychology: Research and practice*, 27 (6): 604-612.
- Plath, S. 1966. *Ariel*. New York: Harper & Row.
- Platzer, H. 1998. The concerns of lesbians seeking counseling: A review of the literature. *Patient education and counseling*, 33: 225-232.
- Radkowsky, M. & Siegel, L.J. 1997. The gay adolescent: Stressors, adaptations, and psychosocial interventions. *Clinical psychology review*, 17(2): 191-216.

- Rotherum-Borus, M., Hunter, J. & Rosario, M. 1994. Suicidal behavior and gay-related stress among gay and bisexual male adolescents. *Journal of adolescent research*, 9 (4): 498-508.
- Ryan, J. 1998. Lesbianism and the therapist's subjectivity: A psychoanalytic view. In C. Shelley (ed), *Contemporary perspectives on psychotherapy and homosexualities*. London: Free Association.
- Saari, C. 2001. Counteracting the effects of invisibility in work with lesbian patients. *Psychotherapy in practice*, 57 (5): 645-654.
- Savin-Williams, R. 1998. Verbal and physical abuse as stressors in the lives of lesbian, gay male, and bisexual youths: Association with school problems, running away, substance abuse, prostitution, and suicide. In R.E. Muus & H.D. Porton (eds), *Adolescent behavior and society: A book of readings*. New York: McGraw-Hill.
- Schreier, B.A. 1998. Of shoes, and ships, and sealing wax: The faulty and specious assumptions of sexual reorientation therapies. *Journal of mental health counseling*, 20 (4): 305-314.
- Schurink, E.M. 1998. Deciding to use a qualitative research approach. In A.S. de Vos (ed), *Research at grass roots: A primer for the caring professions*. Pretoria: Van Schaik.
- Schurink W.J., Schurink, E.M. & Poggenpoel, M. 1998. Focus group interviewing and audio-visual methodology in qualitative research. In A.S. de Vos (ed), *Research at grass roots: A primer for the caring professions*. Pretoria: Van Schaik.
- Sears, J.T. 1997. Thinking critically, intervening effectively. In J.T. Sears & W.L. Williams (eds), *Overcoming heterosexism and homophobia: Strategies that work*. New York: Colombia University.

- Shelley, C. (ed) 1998. *Contemporary perspectives on psychotherapy and homosexualities*. London: Free Association.
- Siegel, S. & Walker, G. 1996. Conversations between a gay therapist and a straight therapist. In J. Laird & R. Green (eds), *Lesbians and gays in couples and families*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stein, T.S. & Burg, B.K. 1996. Teaching in mental health training programs about homosexuality, lesbians, gay men, and bisexuals. In R.P. Cabaj & T.S. Stein (eds), *Textbook of homosexuality and mental health*. Washington: American Psychiatric Press.
- Tempelhoff, E. 2002. Kerk wroeg, gays sterf. *Beeld*, 15 Oktober: 11.
- Tozer, E.E. & McClanahan, M.K. 1999. Treating the purple menace. *The counseling psychologist*, 27 (5): 722-742.
- Van der Merwe, H. 1996. Die navorsingsproses: Probleemstelling en navorsingsontwerp. In J.G. Garbers (red), *Doeltreffende geesteswetenskaplike navorsing*. Pretoria: Van Schaik.
- Welman, S. 1997. Part of God's greater plan. In P. Germond & S. de Gruchy (eds), *Aliens in the household of God*. Kaapstad: David Philip.
- Whitman, J.S. 1995. Providing training about sexual orientation in counselor education. *Counselor education and supervision*, 35: 168-176.
- Woodman, N.J. & Lenna, H.R. 1980. *Counseling with gay men and women: A guide for facilitating positive lifestyles*. San Francisco: Jossey-Bass.